

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

réclamation : contact@mupras.com

prise en charge : pec@mupras.com

désision et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1L321

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BAZI TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLENS DES PRIS N 162 PAR BOUARZA

CPA

Tél. : 052 20 45 45 Total des frais engagés : 85.15 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2022

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastro entérite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 02/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/03 03/03/2012 153 45 77 m.hkma PPF	Office Tariq Zaid GSN 96 7ug 1022		133,08 MDT	Dr. KAMAL SABRI DENTISTE Université Internationale de Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE L'OCÉAN</i> Filière Ref : 05-29-2 199-359 T P 03959	2/3/2024	22710

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

SOINS FORMATION

RECHERCHE

PHARMACIE LES JARDINS
ROUTE DE L'OCEAN BAY
Sidi Sadiq Km 15
Casablanca
RC: 399369 - T.P. 02 38 29 04 01

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفه
عاجج تكون بحث



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

02/03/2022

090001R02



2200470399 / 170115115335SM

Prénom : Tarik

PAYANT

Nom : EL BOUDOURI

Sexe: M

DDN : 15/07/1982 E: 02/03/2022

Service : URGENCES (NA)

5280

1^o Oeds 200mg CP (04)
1CP x 31 for le matin
polt 04 fois

74,80

2^o Spectine 300
2x80 - 1CP x 21 for polt 03 fois

3^o Aetrozal 500mcg
6700 1CP x 31 for polt 03 fois

4^o Ultralevuse sachet ad
1 sachet



PPV : 32,50 DH
6 118000 190967

F 22710

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

URGENCISTE
DR KAMAL SABRI
HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**



BIOCODEX
Maroc

Lot :
مودعه

Fab :
صنع

EXP. :
 صالح لغاية

6424 06/21
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

06/24

1_03935_550178

350416

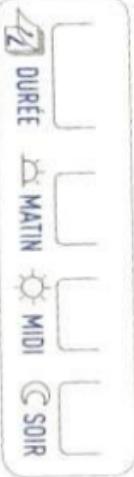
ULTRA-LEVURE 250 mg,
20 sachets



6 118001 310135

النوع: مكمل غذائي - ينتمي إلى الفئتين: مكمل غذائي وعصيدة طفبية
- مكوناته: سكارادوميسيس بولاردي - CNCM I-745
- مسحوق مستقر للشراب
يعمل على إزالة المسمومات في كائن ماه يحتوي على حافظة في
بروزه حرارة المحيط (15 - 25 درجة مئوية)
يحتوي على ماء نقي ومستقر الأذواق ويعمل على
إخماد آثار التهابات المائية التي تصيب المعدة والجهاز الهضمي
لمساندة الأمعاء (القولون) وتناوله يزيد من امتصاص
الغذاء ويزيل عسر الهضم ويساعد على تحسين
النفاس ويزيل العرق الشديد.

LOT 210582
EXP 12/2023
PPV 52.80DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

ODES®
oméprazole



COOP
PH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 26749 / 2022 du 02/03/22

Nom patient	EL BOUDOURI TARIK	Entrée	02/03/22
	PAYANTS	Sortie	02/03/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID	1,00	B	190,00	190,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>490,00</i>
PHARMACIE	1,00		248,05	248,05
			<i>Sous-Total</i>	<i>248,05</i>
			Total Clinique	738,05

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT TRENTÉ-HUIT DIRHAMS CINQ CENTIMES	Total	738,05

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 14 77
E-mail : contact@hckm.ma
www.hckm.ma



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA**
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01/04/2022

Quittance - Paiement espèces

0650604

IPP :

N° D'admission : Montant :
Fux 100 M

Patient : El. Bonshue Lamb Za

Cachet

Imam Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP n°0001862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 02/03/2022

Quittance - Paiement espèces

0650602

IPP :

N° D'admission : Montant : 430 MA

Patient : El Bachir Taki

Cachet

Chewm khalifa
Ref : 05-29-03-53-45
Fax : 05-29-00-44-77
Email : comptaclerk@idcm.hdj.ma