

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ue :

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

cation :

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

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

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

tie 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 Matis utiles

clamation

contact@mupras.com

épartement charge

pec@mupras.com

fois un changement de statut

adhésion@mupras.com

Conformément à la réglementation sur la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Le présent document est destiné à l'information et à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W19-510537

Courrier
1451

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Matricule : **MUSA**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **SASSI HENEBTI LAILA**

Date de naissance : **01.09.1974**

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 décide d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-510537

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

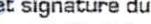
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/10/2018	G	303	DH 453	Dr ASMA ESSOUIBA الدكتورة اسماء السعيبي PEDIATRE Tél: 06 60 60 37 30 07118358

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie KOLIBRI MAHPOUIN 39, rue Orthée 33000 Bordeaux Tel: 05 33 59 59 59 Fax: 05 22 32 30 30	19/06/2002	174,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/06/2022	pharmaco	108,80

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2200519495 / 181027202202ME

Ordre



PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le :

Prénom : Hajar

Nom : MENNAN

DDN : 23/03/2010 E: 19/06/2022

Service : URGENCES (NA)

58kg

1/ Saphir 1g Sahet
116,00



15x25 10 gours



2/ Algoféne cp 200
23,50

COOPER PHARMA
PPV: 116,00 DH

3/ Compresse stérile
20,00

062036827
BURE INPE



4/ Betadine

11,00/5/
174,50



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

Thérapie KOLENAS
Dr. MAHBOUB Nouhad
Chirurgie Orthopédique
Bord de Mer (Casablanca)
Tel: 0522 32 80 53
Fax: 0522 32 80 53

Saphir® 1g/125 mg
16 Sachets



6 118000 082569

MONDE DE SANIE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 76 128 / 2022 du 19/06/2022

Nom patient : **MENNAN HAJAR**

Entrée 19/06/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 19/06/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE K10	1,00 10,00	K10	300,00 45,00 Sous-Total	300,00 450,00 750,00
PHARMACIE	1,00		108,80 Sous-Total	108,80 108,80
Total Frais Clinique				858,80

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT CINQUANTE-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES	Total	858,80

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	750,00	108,80	858,80	0,00

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2206191832153080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200519495	MENNAN HAJAR	19/06/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	002395	108,80
PAYANT	Total payé	108,80
CENT HUIT DIRHAMS QUATR		

Reçu établi par : RAJ.OUA





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

19/06/22

18:30:48

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

432

481922*****0392

09/23 CARTE NATIONALE

220-0--0-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08173186
Num Transaction	000017
Num Autorisation	0S5829
Num STAN	002395

MONTANT : 108,80 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74

SERVICE DES URGENCES

2200519495 / 181027202202ME
Prénom : Hajar
Nom : MENNAN
DDN : 23/03/2010 E: 19/06/2022
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le

19/06/2022

COMPTE RENDU

Dr ASMA ESSOUIBA
الدكتورة آسماء السويبة
PEDIATRE

Je soussigné, Certifie avoir examiné
Me M. Dr. Le: / / 2022
l'enfant Hajar Nennan

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de *plaie du Cuir chevelu, nécessitant des points de Sutures.*

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitements symptomatiques

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio:
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

*Points de
Suture*

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Dr ASMA ESSOUIBA
الدكتورة آسماء السويبة
PEDIATRE
Tél: 06 60 60 37 30

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :



2200519495 / 181027202202ME
Prénom : Hajar
Nom : MENNAN
DDN : 23/03/2010 E: 19/06/2022
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M



Klo
Call us: 03 53 45 77
Fax: 03 53 44 77
E-mail: contact@fckm-hc.ma

Dr ASMA ESSOUIBA
الدكتورة إسماء السويبة
PEDIATRE
Tél: 06 60 60 37 30 071183156





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 19.10.2012

Quittance - Paiement espèces

0685148

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : M. BEN AYAD HAJAR

Cachet

Date : 19/10/12

Quittance - Paiement espèces

0685149

IPP :

N° D'admission : **Montant :** *USA \$*

Patient : *MENNAH HAJAR*

Cachet

E-mail : *cmteinternat@ckm-hek.ma*
Fax : *05 29 05 41 77*
Tel. : *05 29 03 50 10*