

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.

Radiologie 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 ALP :

- 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
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006850

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

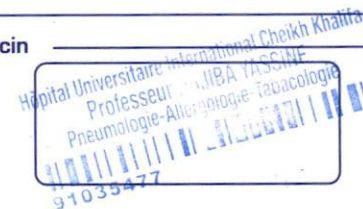
☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1131 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HSISSI LAHCEN
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : MANDARONA N°25 Sidi marouf
Tél. : 0661 330435 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : F. HSISSI LAHCEN Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Toux chronique
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

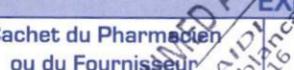
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 088 Signature de l'adhérent(e) : Le 30/01/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
	U.S		300	 Hôpital Universitaire International Professeur Pneumologie 1035477

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	69,90

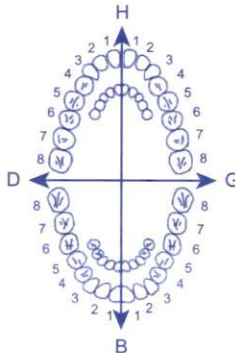
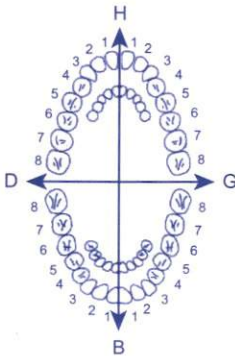
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	
					<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	
					<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

30/01/2023

Dr Zahcen Hsishi

Radio

Rc: Tax persistante + essoufflement à
l'effort suite à un Covid-19 en 2019.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service Radiologie
Tél : (+212) 029 00 44 66
E-mail : hck-fc@hck-fc.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Mohamed Taieb Naciri
Medecin Interne

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 14 340 / 2023 du 30/01/2023

Nom patient : HSISSI LAHCEN

Entrée 30/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tel : (+212) 0529 00 44 66
Fax : (+212) 0529 00 44 66
Box-16km m.

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2301301136407150. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300631144	HSISSI LAHCEN	30/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3212	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FOU.SAB

[Handwritten signature and blue circular stamp]
Service Radiologie
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Tél : 0529 00 44 66
www.hck-ckm.mc

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 230130101746SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300630982	HSISSI LAHCEN	30/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0175774	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SALMAH

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 30/01/2023
Numéro : 14 184



090061862

Nom patient : HSISSI LAHCEN

Médecin : PR. YASSINE NAJIBA
Pneumologie

2300630982

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 30/01/2023

MSI SSI LAHSEN

30100

① oedex long

39,90 1 cp 15 le sain.

② Exoruc

1 sachet x 3 / 5 .

1 = 69,90

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur NAJIBA YASSINE
Pneumologie - Allergologie - Tabacologie
91035477

PHARMACIE AHMED ALI
SARL AU
DE ABDEL LOUADI
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

30/01/2023

HSISSI LAHCEN

Ple 1^{er} sur agraphie
vohie

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pneumologue-Tabacologie
Pr. YASSINE NAJIBA
91035477

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 30/01/2023

MSISSI LAHCEN

④ Traux persitate + ESSuffled
a l'effort suite à - covid-19
contracté e do 19.

TDN Ihnacique

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur NAJIB
Pneumologie-Allergologie
1035477 



CASABLANCA, le 30/01/2023

PATIENT : HSISSI Lahcen

RX Poumon F

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance

Signé Pr MAHI

Pr MAHI
Radiologie
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Casablanca





مركز النقديات

SANS CONTACT



30/01/23 11:05:24

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx1128

CARTE NATIONALE

803D5429A426AFC5

220-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD

NUM TRANSACTION 004

NUM AUTORISATION 0H4708

STAN 003212

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
10000 CASABLANCA

30/01/23

09:50 56

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

VISA

VISA

485013*****1128

03/23 CARTE NATIONALE

220-0-0-44

Num Commerçant 2220064

Num TPE 08173637

Num Transaction 000002

Num Autorisation 0L2582

Num STAN 017574

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**