

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 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
- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-468562

149651

A#

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Marwa Ghazal*

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Hopital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa Docteur RAHMANI SHAM Pédiatrie*

Date de consultation : *11/02/2023*

Nom et prénom du malade : *Marwa Ghazal* Age : *3*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : *Accident de la circulation*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *15 FEB 2023*

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/2/15	Facture	598102017		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

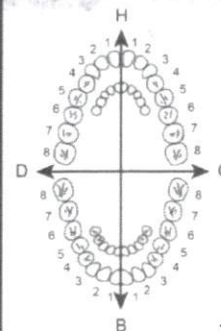
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

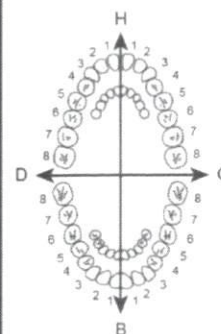
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300635941 / H0123004351

Prénom : MARWA

Nom : GHAZIL

DDN : 01/03/2007 E: 07/02/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

Nébulisation de ventolin
+ 454C 100mg en IV
+ odes 10mg IV

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur RAHALLI SHAM
Pédiatrie



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2302072059069420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300635941	GHAZIL MARWA	07/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	014775	118,02
PAYANT	Total payé	118,02
CENT DIX-HUIT DIRHAMS D		

Reçu établi par : MARKHA

Reçu de caisse

N° : 2302071846597040 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300635941	GHAZIL MARWA	07/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14264	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRH		

Reçu établi par : MOH.RHO

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

CASABLANCA, le 07/02/2023

PATIENT : GHAZIL MARWA

IPP : H0123004351

DATE NAISSANCE : 01/03/2007 NUMERO DOSSIER : 2300635941

RX THORAX F

Résultats :

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : **Dr BERRADA S.**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr BERRADA SOPHIA
07/02/2023

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 19 202 / 2023 du 07/02/2023

Nom patient : **GHAZIL MARWA**

Entrée 07/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	480,00
PHARMACIE	1,00		118,02	118,02
			Sous-Total	118,02
Total Frais Clinique				598,02

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	598,02
CINQ CENT QUATRE-VINGT-DIX-HUIT DIRHAMS DEUX CENTIMES			

	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00	298,02	598,02	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 07
e-mail : contact@hkh.ma

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

07/02/2023
20:59Nom Patient : **GHAZIL MARWA**Numéro dossier : **2300635941**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
07/02/2023	SERINGUE 10ML	1457713	1,00	1,56	1,56
07/02/2023	MASQUE NEBULISEUR ADULTE	1457713	1,00	12,54	12,54
07/02/2023	ATROVENT ADULTE 0,5mg Solutio (10)(1)	1457713	1,00	4,55	4,55
07/02/2023	VENTOLINE NEB 50mg/10ml Solutio (03)(1)	1457713	1,00	6,13	6,13
07/02/2023	INTRANULE G 22	1457714	1,00	1,95	1,95
07/02/2023	SERINGUE 10ML	1457714	1,00	1,56	1,56
07/02/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1457714	1,00	1,44	1,44
07/02/2023	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1457714	1,00	2,44	2,44
07/02/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1457714	1,00	14,10	14,10
07/02/2023	SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1457714	1,00	38,05	38,05
07/02/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1457715	1,00	20,60	20,60
07/02/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1457715	-1,00	14,10	-14,10
07/02/2023	PANTOPRAZOLE NORMON 40 MG Inj (01)	1457716	1,00	27,20	27,20
Total pharmacie					118,02

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@hckm.hck.ma
11802



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

2300635941 / H0123
Prénom : MARWA
Nom : GHAZIL
DDN : 01/03/2007 E:
Service : URGENCES (I)

SERVICE DES URGENCES

قسم المستعجلات

Coller Etiquette



2300635941 / H0123004351
Prénom : MARWA
Nom : GHAZIL
DDN : 01/03/2007 E: 07/02/2023
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe : F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : 15

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

dyspnée souffrance

• RADIO STANDARD : Rx thorax

☒ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et cachet du médecin des

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur RAHMOUNE
Urgences
01/03/2007



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 07/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0744688

IPP :

N° D'admission : Montant : 300.00

Patient : CHAZEL MARVA

Payé par :

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tel : 05 29 08 53 45
Fax : 05 29 08 44 77
E-mail : contact@hikm.kh
Rue 14, N° 14, Doha, Qatar



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
FOUNDED 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1985 - 1986 - 1987 - 1988 - 1989 - 1990 - 1991 - 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023

07/02/23

20 32:05

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

Visa

20

419645*****9663

12/24 CARTE NATIONALE

221-0-0-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173186

Num Transaction : 000006

Num Autorisation : 493606

Num STAN : 014775

MONTANT : 118,02 MAD

DEBIT
Copie client



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



مركز النقديات

SANS CONTACT



07/02/23

18:14:29

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6

Casablanca

A00000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxx9663

CARTE NATIONALE

6792B406AFBA1568

221-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD

NUM TRANSACTION : 008

NUM AUTORISATION: 439781

STAN : 014264

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT