

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'Horloge
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

M22- 0049069

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3690 Société : 150285

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ALAM, Chetof Boucha

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ALM

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : 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 Règlement des Actes
06/08/2023	soin	N° 18416	819,00	Chirurgie Endovasculaire Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ben Hamoud 201175976
13/08/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SABRINE Amal 1 Rue 11 N° 165 Sidi Gharroussi Casablanca Tel: 05 22 74 18 12	06/08/2023	4472,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

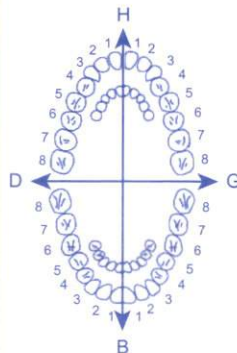
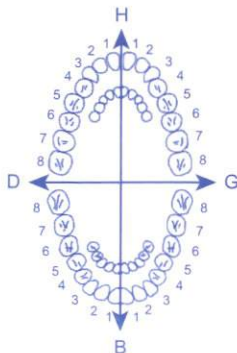
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 06/02/23



2300633642 / H0119032473

Prénom : Bouchra

Nom : ALAMI CHENTOUFI

DDN : 12/12/1963 E: 03/02/2023

Service : CATHLAB (NA)



MUPRAS
Sexe: F

33900 x 12

(4) Xarelto 2,5 mg

(SV)

1 cp x 2 / j pdt 03 mois renouvelable

30100 x 3

(2) Kardegic 75 mg

(SV)

1 sachet / j pdt 03 mois renouvelable

99000 x 3

(3) LD NOR 20 mg

(SV)

1 cp / j pdt 03 mois renouvelable

14100

(4) Doliprane 1g

(SV)

1 cp / 8h si douleur

4421100


PHARMACIE SABRINE

Amal 1 Rue 11 N° 165
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 74 18 12

r. Youssef TIJANI.
Chirurgie Endovasculaire et Vasculaire
Cheikh Khalifa

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

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH


Bayer S.A.



6 118001 090839



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 


Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

Xarelto® 2,5 mg / 14 cps 

Rivaroxaban

P.P.V. : 339,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090839

KARDECIG 75MG
SACHETS 830

P.P.V. : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 22E004
PER. 02 2024

KARDECIG 75MG
SACHETS 830

P.P.V. : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 22E004
PER. 02 2024

KARDECIG 75MG
SACHETS 830

P.P.V. : 30DH70



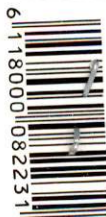
6 118000 061847

LOT : 22E007
PER. 06 2024



LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082231



LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

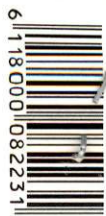


6 118000 082231



LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082231



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 06/02/2023

M^{me} Alami Chentouf Bouche

Médecine physique et réadaptation

RC = Patiente diabétique
et hypertendue

Présume une claudication intermittente
à \approx 50 mètres depuis 06 mois,
chez qui une artériographie de
l'aorte et des MI a été réalisée
n'objectivant pas d'anomalie.

Une rééducation à la marche
est demandée.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13 / 02 / 2023

Quittance - Paiement espèces 0750964

IPP :

N° D'admission : 2300638322 Montant : 30004

Patient : ALAM, chentouf Bouche

Payé par : Bille Meme

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0750964

IPP :

N° D'admission : 2300628322 Montant : 30004

Patient : Alam, chentouf Boucha

Payé par : Elle Meme

Cachet



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 18416 / 2023 du 06/02/2023

Nom patient	ALAMI CHENTOUFI BOUCHRA	Entrée	06/02/2023
Prise en charge	PAYANT	Sortie	06/02/2023

Désignation des prestations		Lettre Clé		Montant
PHARMACIE (en sus)	1,00		819,00	819,00
			Sous-Total	819,00
Total Clinique				819,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	819,00
HUIT CENT DIX-NEUF DIRHAMS			
Immatriculation : 0003640	Adhérent : HDII MOHAMED		
Affiliation :	N° prise en charge : 20230270019754		
Cin :			

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 N° INP 090061862
 E-mail: contact@hck.ma
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 ICE HCK : 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 2302061752551240 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300633642	ALAMI CHENTOUFI BOUC	06/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11197	819,00
MUPRAS	Total payé	819,00
HUIT CENT DIX-NEUF DIRH		

Reçu établi par : IMA.JAF



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ALAMI CHENTOUFI BOUCHRA N° Facture 18 416 2300633642

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
GUIDE RADIFOCUS ANGU 0.035X0.89X180 TERU	1	819,00	819,00
Sous-Total consommable médical			819,00
	Total pharmacie		819,00

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : ALAMI CHENTOUFI BOUCHRA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	TIJANI YOUSSEF	
Prise en charge	MUPRAS	
Date entrée	06/02/2023	
Date sortie	06/02/2023	15:48
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : JAW.BAD 10/02/2023 12:42 2300633642		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : hickma@hickma.ma
www.hickma.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
50, RUE EL ANASSER
BOULEVARD EL ANASSER

06/02/23

17:25:47

**FONDATION CHEIKH KHALI
CASABLANCA**

A0000000041010

MasterCard

BOUSLAM /HOUD ML

532196*****7025

12/29 CARTE NATIONALE

220-0-0000-1-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08174078

Num Transaction : 000011

Num Autorisation : 923603

Num STAN : 011197

MONTANT : 819,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74