

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-786572

154686

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A1800 Société : .....  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : BOUALAB FATIMA ZAHRA  
Date de naissance : 04-01-1980  
Adresse : 226 E ZOURIR OULFA CASA  
Tél. : 06-66-42-84-34 Total des frais engagés : # 816,40 #

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 18 Mars 2023  
Nom et prénom du malade : RIHANI ISMAIL Age : 3  
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA Le : 24/03/23  
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



# 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
10/12/2013	voir facture n° 40949/13		750,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL LOTI</b> N° 313, Bd. Oued Tensif Rachidia - 34000	03/01/2014	6640

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

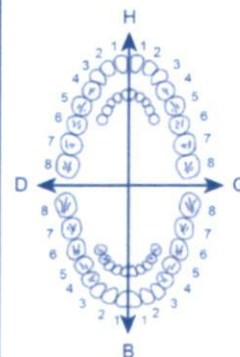
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

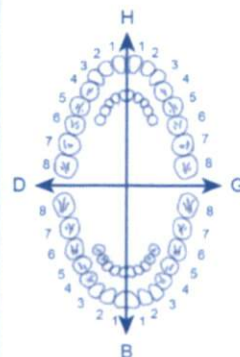
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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'EXE



## وصفة طبية

## Ordonnance



2300657634 / H0119044596

Casablanca

Prénom : Ismail

Nom : RIHANI

DDN : 07/11/2019 E: 18/03/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

Antibio = signalas  
1840  
II gants 3x1



x6



PHARMACIE EL LOTF  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensik El Oulfa  
Casablanca - Tél : 01.00.22

clactec  
6640  
6640



x1/ma



شیراز

قارورة من قننة 120 مل

مضاد للحساسية

100 مل / 0,1

لوراتادين

كلارتك

47,00

Clartec®

Loratadine

0,1g/100 ml



مختبرات الصيدلة فارما 5

نواعي الأحتياط :  
هذا الدواء مخصص للأطفال  
الذين يتجاوز عمرهم سنتين

المقادير  
الأطفال من 2 إلى 12 سنة :  
الأطفال أكثر من 30 كغ  
ملعقتين صغيرتين في اليوم  
الأطفال من 30 كغ  
ملعقة صغيرة في اليوم

التركيب :  
0,100... : لوراتادين  
100... : سكر كافيه  
كل ملعقة صغيرة (5 مل)  
تحتوي على 5 مل من السائل  
تحتوي على 5 مل من السائل

Respecter les doses prescrites

AMM : 1084 DMP/21/NNP



siróp

Flacon de 120 ml

Antiallergique

0,1g/100 ml

Clartec®

Loratadine

**Composition :** Loratadine 0,100 g pour 100 ml de siróp, soit 5 mg de loratadine par cuillère-mesure. Une cuillère-mesure (5ml) contient 3 g de saccharose. Ce médicament contient du glycérol, du propylène glycol et du benzoate de sodium.

**Posologie :**

Enfant de 2 à 12 ans :

- Poids > à 30kg : 2 Cuillères mesures/jour  
- Poids ≤ à 30kg : 1 Cuillère mesure/jour

- Poids ≤ à 30kg : 1 Cuillère mesure/jour

6 118000 091387



Clartec 0,1g/100mlaccon de 120ml

Ne pas laisser à la portée des enfants

avant utilisation.  
Ce médicament est réservé à l'enfant de plus de 2 ans. Lire attentivement la notice

Mises en garde spéciales :

Yasmine LAHOU - P.L.A.L. Pharmacie Responsable  
Laboratoire Pharmaceutique PHARMACIA

[illegible]

## ANTIBIO SYNALAR

19,40

ଜି ୧୦ ୦୧ ମାସ ୧୯୫୫



٥٠

صاحب رجبہ السویدی  
بالبغداد والصلح  
بالبغداد والصلح  
ربیع الثانی ۱۲۸۵ھ  
بالبغداد والصلح

٥٢٢  
 ٥٢٣  
 ٥٢٤  
 ٥٢٥  
 ٥٢٦  
 ٥٢٧  
 ٥٢٨  
 ٥٢٩  
 ٥٣٠  
 ٥٣١  
 ٥٣٢  
 ٥٣٣  
 ٥٣٤  
 ٥٣٥  
 ٥٣٦  
 ٥٣٧  
 ٥٣٨  
 ٥٣٩  
 ٥٤٠  
 ٥٤١  
 ٥٤٢  
 ٥٤٣  
 ٥٤٤  
 ٥٤٥  
 ٥٤٦  
 ٥٤٧  
 ٥٤٨  
 ٥٤٩  
 ٥٥٠  
 ٥٥١  
 ٥٥٢  
 ٥٥٣  
 ٥٥٤  
 ٥٥٥  
 ٥٥٦  
 ٥٥٧  
 ٥٥٨  
 ٥٥٩  
 ٥٦٠  
 ٥٦١  
 ٥٦٢  
 ٥٦٣  
 ٥٦٤  
 ٥٦٥  
 ٥٦٦  
 ٥٦٧  
 ٥٦٨  
 ٥٦٩  
 ٥٧٠  
 ٥٧١  
 ٥٧٢  
 ٥٧٣  
 ٥٧٤  
 ٥٧٥  
 ٥٧٦  
 ٥٧٧  
 ٥٧٨  
 ٥٧٩  
 ٥٨٠  
 ٥٨١  
 ٥٨٢  
 ٥٨٣  
 ٥٨٤  
 ٥٨٥  
 ٥٨٦  
 ٥٨٧  
 ٥٨٨  
 ٥٨٩  
 ٥٩٠  
 ٥٩١  
 ٥٩٢  
 ٥٩٣  
 ٥٩٤  
 ٥٩٥  
 ٥٩٦  
 ٥٩٧  
 ٥٩٨  
 ٥٩٩  
 ٦٠٠  
 ٦٠١  
 ٦٠٢  
 ٦٠٣  
 ٦٠٤  
 ٦٠٥  
 ٦٠٦  
 ٦٠٧  
 ٦٠٨  
 ٦٠٩  
 ٦١٠  
 ٦١١  
 ٦١٢  
 ٦١٣  
 ٦١٤  
 ٦١٥  
 ٦١٦  
 ٦١٧  
 ٦١٨  
 ٦١٩  
 ٦٢٠  
 ٦٢١  
 ٦٢٢  
 ٦٢٣  
 ٦٢٤  
 ٦٢٥  
 ٦٢٦  
 ٦٢٧  
 ٦٢٨  
 ٦٢٩  
 ٦٣٠  
 ٦٣١  
 ٦٣٢  
 ٦٣٣  
 ٦٣٤  
 ٦٣٥  
 ٦٣٦  
 ٦٣٧  
 ٦٣٨  
 ٦٣٩  
 ٦٤٠  
 ٦٤١  
 ٦٤٢  
 ٦٤٣  
 ٦٤٤  
 ٦٤٥  
 ٦٤٦  
 ٦٤٧  
 ٦٤٨  
 ٦٤٩  
 ٦٥٠  
 ٦٥١  
 ٦٥٢  
 ٦٥٣  
 ٦٥٤  
 ٦٥٥  
 ٦٥٦  
 ٦٥٧  
 ٦٥٨  
 ٦٥٩  
 ٦٦٠  
 ٦٦١  
 ٦٦٢  
 ٦٦٣  
 ٦٦٤  
 ٦٦٥  
 ٦٦٦  
 ٦٦٧  
 ٦٦٨  
 ٦٦٩  
 ٦٧٠  
 ٦٧١  
 ٦٧٢  
 ٦٧٣  
 ٦٧٤  
 ٦٧٥  
 ٦٧٦  
 ٦٧٧  
 ٦٧٨  
 ٦٧٩  
 ٦٨٠  
 ٦٨١  
 ٦٨٢  
 ٦٨٣  
 ٦٨٤  
 ٦٨٥  
 ٦٨٦  
 ٦٨٧  
 ٦٨٨  
 ٦٨٩  
 ٦٩٠  
 ٦٩١  
 ٦٩٢  
 ٦٩٣  
 ٦٩٤  
 ٦٩٥  
 ٦٩٦  
 ٦٩٧  
 ٦٩٨  
 ٦٩٩  
 ٧٠٠  
 ٧٠١  
 ٧٠٢  
 ٧٠٣  
 ٧٠٤  
 ٧٠٥  
 ٧٠٦  
 ٧٠٧  
 ٧٠٨  
 ٧٠٩  
 ٧١٠  
 ٧١١  
 ٧١٢  
 ٧١٣  
 ٧١٤  
 ٧١٥  
 ٧١٦  
 ٧١٧  
 ٧١٨  
 ٧١٩  
 ٧٢٠  
 ٧٢١  
 ٧٢٢  
 ٧٢٣  
 ٧٢٤  
 ٧٢٥  
 ٧٢٦  
 ٧٢٧  
 ٧٢٨  
 ٧٢٩  
 ٧٣٠  
 ٧٣١  
 ٧٣٢  
 ٧٣٣  
 ٧٣٤  
 ٧٣٥  
 ٧٣٦  
 ٧٣٧  
 ٧٣٨  
 ٧٣٩  
 ٧٤٠  
 ٧٤١  
 ٧٤٢  
 ٧٤٣  
 ٧٤٤  
 ٧٤٥  
 ٧٤٦  
 ٧٤٧  
 ٧٤٨  
 ٧٤٩  
 ٧٥٠  
 ٧٥١  
 ٧٥٢  
 ٧٥٣  
 ٧٥٤  
 ٧٥٥  
 ٧٥٦  
 ٧٥٧  
 ٧٥٨  
 ٧٥٩  
 ٧٦٠  
 ٧٦١  
 ٧٦٢  
 ٧٦٣  
 ٧٦٤  
 ٧٦٥  
 ٧٦٦  
 ٧٦٧  
 ٧٦٨  
 ٧٦٩  
 ٧٧٠  
 ٧٧١  
 ٧٧٢  
 ٧٧٣  
 ٧٧٤  
 ٧٧٥  
 ٧٧٦  
 ٧٧٧  
 ٧٧٨  
 ٧٧٩  
 ٧٨٠  
 ٧٨١  
 ٧٨٢  
 ٧٨٣  
 ٧٨٤  
 ٧٨٥  
 ٧٨٦  
 ٧٨٧  
 ٧٨٨  
 ٧٨٩  
 ٧٩٠  
 ٧٩١  
 ٧٩٢  
 ٧٩٣  
 ٧٩٤  
 ٧٩٥  
 ٧٩٦  
 ٧٩٧  
 ٧٩٨  
 ٧٩٩  
 ٨٠٠  
 ٨٠١  
 ٨٠٢  
 ٨٠٣  
 ٨٠٤  
 ٨٠٥  
 ٨٠٦  
 ٨٠٧  
 ٨٠٨  
 ٨٠٩  
 ٨١٠  
 ٨١١  
 ٨١٢  
 ٨١٣  
 ٨١٤  
 ٨١٥  
 ٨١٦  
 ٨١٧  
 ٨١٨  
 ٨١٩  
 ٨٢٠  
 ٨٢١  
 ٨٢٢  
 ٨٢٣  
 ٨٢٤  
 ٨٢٥  
 ٨٢٦  
 ٨٢٧  
 ٨٢٨  
 ٨٢٩  
 ٨٣٠  
 ٨٣١  
 ٨٣٢  
 ٨٣٣  
 ٨٣٤  
 ٨٣٥  
 ٨٣٦  
 ٨٣٧  
 ٨٣٨  
 ٨٣٩  
 ٨٤٠  
 ٨٤١  
 ٨٤٢  
 ٨٤٣  
 ٨٤٤  
 ٨٤٥  
 ٨٤٦  
 ٨٤٧  
 ٨٤٨  
 ٨٤٩  
 ٨٥٠  
 ٨٥١  
 ٨٥٢  
 ٨٥٣  
 ٨٥٤  
 ٨٥٥  
 ٨٥٦  
 ٨٥٧  
 ٨٥٨  
 ٨٥٩  
 ٨٦٠  
 ٨٦١  
 ٨٦٢  
 ٨٦٣  
 ٨٦٤  
 ٨٦٥  
 ٨٦٦  
 ٨٦٧  
 ٨٦٨  
 ٨٦٩  
 ٨٧٠  
 ٨٧١  
 ٨٧٢  
 ٨٧٣  
 ٨٧٤  
 ٨٧٥  
 ٨٧٦  
 ٨٧٧  
 ٨٧٨  
 ٨٧٩  
 ٨٨٠  
 ٨٨١  
 ٨٨٢  
 ٨٨٣  
 ٨٨٤  
 ٨٨٥  
 ٨٨٦  
 ٨٨٧  
 ٨٨٨  
 ٨٨٩  
 ٨٩٠  
 ٨٩١  
 ٨٩٢  
 ٨٩٣



**ANTIBIO SYNALAR**  
GOUTTES

**ANTIBIO  
SYNALAR**  
GOUTTES  
AURICULAIRES  
ADULTES, ENFANTS



**Flacon de 10 ml**

وصفة طبية  
**Ordonnance**

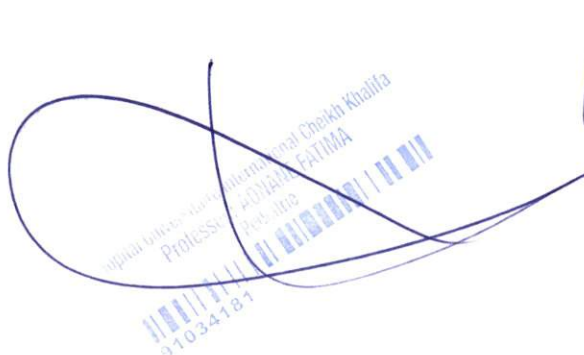
Bp/9083

Service: URGENCES (NA)  
 DCM : 07/11/2019 E: 18/03/2023  
 Nom: RIHANI  
 Prénom: Ismail  
 2300657634 / H0119044596

Sexe: M  
 PAYANT



CE intra articulaire  
 gauche.  
 → exoarthrodèse


 K10



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



## وصفة طبية



2300657634 / H0119044596

Prénom: Ismail

Nom: RIHANI

DDN: 07/11/2019 L: 18/03/2023

Serv: URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: M

Casablanca, le :

*[Handwritten signature]*

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

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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 40 949 / 2023 du 18/03/23

Nom patient : **RIHANI ISMAIL**

Entrée 18/03/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/03/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
K40	10,00		45,00	450,00
			Sous-Total	750,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>750,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total 750,00</b>

Encaissements		<b>Chèque</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
		<b>750,00</b>			<b>750,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : BMCI//4596397/

*(Signature)*



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2303181935219380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300657634	RIHANI ISMAIL	18/03/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI//4596397 BOUTALEB FATIMA ZAHRA	750,00
PAYANT	Total payé	750,00
SEPT CENT CINQUANTE DIR		

Reçu établi par : ABD.KAR

