

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.

N° W21-786572

AS4686

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A1800

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUTAIB FATIMA ZAHRA

Date de naissance : 04-01-1980

Adresse : 426 E TOUBIR 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 NARS, 60 23

Nom et prénom du malade : RIHANI ISNAÏL Age: 3



Lien de parenté :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité 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 : 24/103, 93

Signature de l'adhérent(e) :



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
18/3/2013	750,00	INP : 09408418		INP : 09408418 Signature : [Signature]
				18/3/2013 Signature : [Signature] Date : 18/3/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL LOTI Mme BENJELLOUN NEAMA 313, Bd. Oued Tensift El Hadj Casablanca	22/3/2013	6640,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

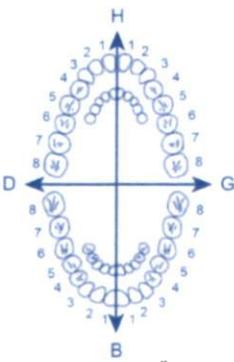
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

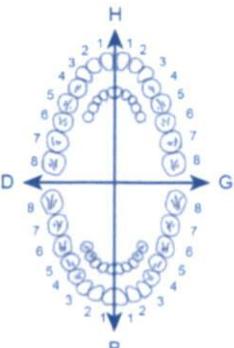
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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
 Casabla...
 Prénom : Ismaïl
 Nom : RIHANI
 DDN : 07/11/2019 E: 18/03/2023
 Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

Antidiarréiques Signalés 7/50
 184° 3x1 J
 II goutte x6 J
 clactec 10 ml J
 Gfos. x1/mais
 Professeur Adnane El Cheikh Khalifa
 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 313, Bd. Oued Tensift El Oufa
 Casablanca - Tél : +212 529 004 466
 1103 187

የኢትዮጵያ - ቴክኖሎጂ የሚመለከት ስራውን
ስነድ አገልግሎት የሚሰጥ ይችላል

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር
የክልል ማኅበር የሚመለከት ስራውን
ስነድ አገልግሎት የሚሰጥ ይችላል

የኢትዮጵያ

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

ብር 100/ሪ. 100

ብር 100/ሪ. 100

47,00

Clartec®
Loratadine
0,1g/100 ml

የመተዳደሪያ ሰነድ - RUELLI Pharmaceutique
RUELLI Pharmaceutique France

52

6 118000 091387


Clartec 0,1g/100ml flacon de 120ml

Ne pas laisser à la portée des enfants
plus de 2 ans. Lire attentivement la notice
avant utilisation.
Ce médicament est réservé à l'enfant de
moins de 2 ans. Lire attentivement la notice
avant utilisation.

Mises en garde spéciales :

 1 Cuillère mesure/jour
- Poids ≤ 30kg :
2 Cuillères mesures/jour
- Poids > 30kg :
Enfant de 2 à 12 ans :
Posologie :

de sodium.
du propyléneglycol et du benzote
Ce médicament contient du glycérol,
Une cuillère-mesure(5ml) contient 3 g
de saccharose.
100 ml de Clartec, soit 5 mg de loratadine
par cuillère-mesure.

Compétition : Loratadine 0,100 g pour

sirup

Flacon de 120 ml

Antiallergique

0,1g/100 ml

Loratadine

Clartec®

Respecter les doses prescrites

AMM : 1084 DMP/21/NNP

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር
የክልል ማኅበር የሚመለከት ስራውን
ስነድ አገልግሎት የሚሰጥ ይችላል

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር
የክልል ማኅበር የሚመለከት ስራውን
ስነድ አገልግሎት የሚሰጥ ይችላል

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር
የክልል ማኅበር የሚመለከት ስራውን
ስነድ አገልግሎት የሚሰጥ ይችላል

وصفة طبية

Ordonnance

Sectrice : URGENCES (NA)

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

Sexe : M
PATIENT



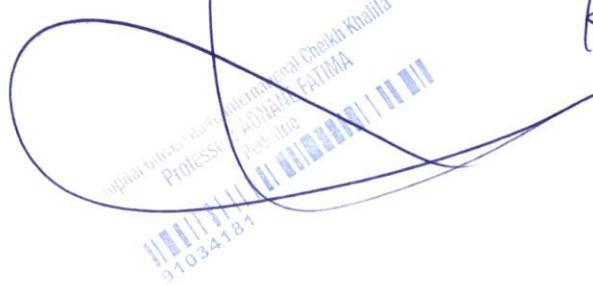
Nom : RIGHANI
Prénom : Ismaïl

2300657634 / H0119044596



B/3/9083

CE intra dieclais
gauche
↳ exhalation



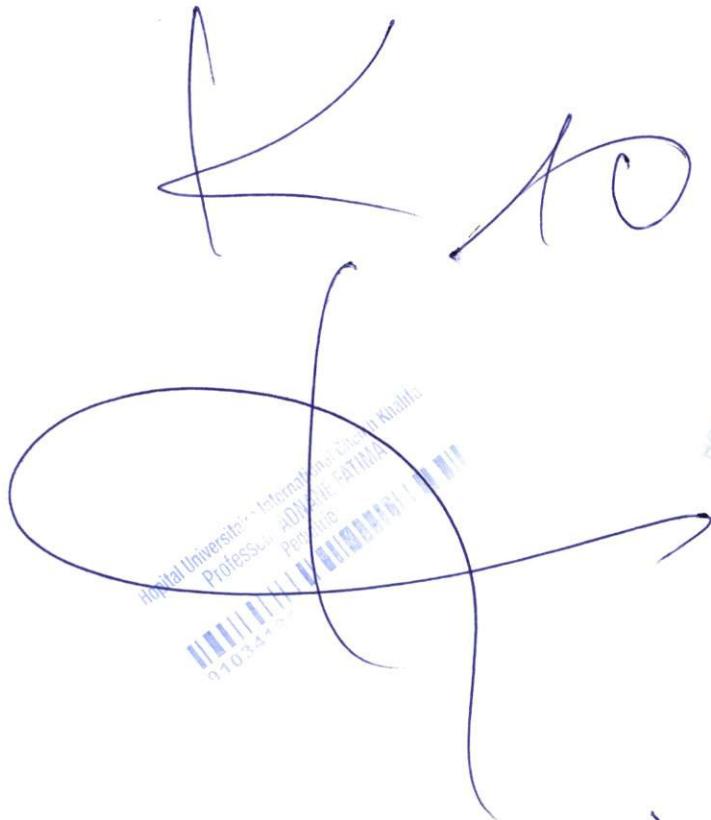
K 10

وصفة طبية

Casablanca, le :

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

PAYANT
Sexe: M



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Professeur Abdellah SATTAMA
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hckm.hc.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 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
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE K40	1,00 10,00		300,00 45,00 Sous-Total	300,00 450,00 750,00
Total Frais Clinique				750,00

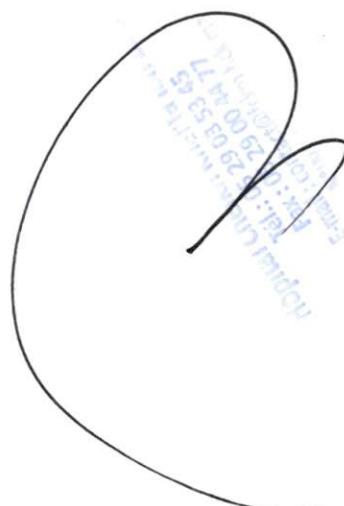
Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 750,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	750,00	750,00	0,00

Ref Chq : BMCI//4596397/



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



A large handwritten signature is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the following text:
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 85
Fax : 05 29 03 44 77