

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-786576

160680

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUTAIEB FATIMA ZAHRA
Date de naissance : 04-01-1980
Adresse : 126 E Zoubir OULFA CASA
Tél. : 06 66 42 84 34 Total des frais engagés : 320,00 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : 11

☒ 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 : 01/04/2023

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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	
07/06/83		C.S.	309,00	INP : _____ _____ <i>(Signature)</i> _____	_____

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-4-23	20.00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>								
					DÉBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>								
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>								
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 0 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D —————</td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>				25533412 00000000	21433552 00000000	D —————	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D —————	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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'EXE										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300664353 / 150804140047KH

Prénom : MOHAMED RIAD

Nom : SAMIT

DDN : 24/02/2012 E: 01/04/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

20,00
d. - aretec stop



2 c 15 ml une semaine

HARMACE AVENUE NACIRI
53, Avenue Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassan (Oujda) - Casablanca
Tél. 05 22 69 20 42

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur OUALI ALAMI RAJAA
Pédiatrie





45X45X110

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml

arôme banane

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

PRINCIPE ACTIF :

Dichlorhydrate de Cétirizine : 1 mg / ml

EXCIPIENTS :

propylène glycol, glycérol,
parahydroxybenzoate de méthyle,
parahydroxybenzoate de propyle,
acétate de sodium, acide acétique,
saccharine sodique, sorbitol,
arôme banane...q.s.p un flacon.

Excipients à effet notoire : sorbitol,
parahydroxybenzoate de méthyle et
de propyl, propylène glycol et glycérol.

INDICATIONS :

- Rhinites allergiques saisonnières et perannuelles
- Urticaires
- Conjonctivites allergiques (enfant de plus de 12 ans)

Curtec®Cétirizine 1mg / ml
Solution buvable 60 ml

6 118000 041153

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N°301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

b bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

100122
02/18**كورطيك®**

سيتيريزين ديكلوريدرات 1 ملغ / مل

محلول للشرب 60 مل

11

Solution buvable 60 ml

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Curtec®**كورطيك®**

سيتيريزين ديكلوريدرات 1 ملغ / مل

محلول للشرب 60 مل

نكهة الموز



بوتي
82، ممر الكازيماريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البيلوشي - صيدلي مسؤول

b

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 47 681 / 2023 du 01/04/23

Nom patient : SAMIT MOHAMED RIAD

Entrée 01/04/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/04/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 44 77
 E-mail : contact@chkh.hk.ma
 N° INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01/04/2023

Quittance - Paiement espèces 0767967

IPP :

N° D'admission : 2300664353 Montant : 300,00

Patient : SAMI MOHAMMED RIAD

Payé par : M. Riad

Cachet

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