

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0034510

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUARDI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : LOT HANFATH N 680 OULTA TASA

Tél. : 06 23 8 88 03

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 06 / 2023

Nom et prénom du malade : EL GUARDI Wissal

Age : 27

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25 / 06 / 2023

Adresses Mails utiles

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

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 Réselement des Actes |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23-06-23 | 53 A5 | 5 | 230000 | |
| 25-06-2022 | voir facture NR 89583 | | 645,85 | |

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 |
|---|-----------|------------------------------|------------------------|
| | 21/6/2023 | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

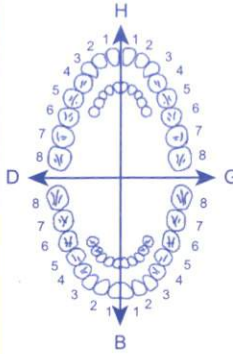
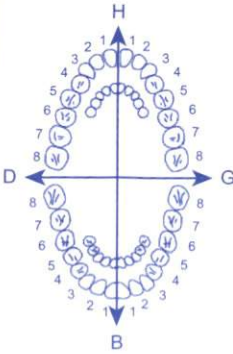
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 |
|---|--|------------------|-------------|
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div> | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> </div> | | |
|  | <div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div> | | | |

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

Ordre

Casablanca, le : 25/06/2023



2300706820 / 161111101105LO

Prénom : Wissal

Nom : EL OUARDI

DDN : 30/11/2000 E: 23/06/2023

Service : HDJ MEDECINE 1 (NA)



PAYANT

Sexe: F

222,00

4 Augmenter y



PPU: 222,00 DH
LOT: 651331
PER: 01/25

250317 pte fjs

14,50

4/Andol y



Après 317 sidle

PHARMACIE ANNASSIM
d Oued Daouda Lotissement
Habiba N°62/2 Oufia Casa
ICE: 002042097000024
Tél: 05 22 93 84 58

INPE: 05 22 93 84 58



EXP:
LOT N°:

14,50

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr MOUNI OMAR
Chirurgie Viscérale



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

Faire SSP:

changement de point 78B

ARV en consultation le

lundi 05/07/23 à 14h00

236,50.



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 89589 / 2023 du 25/06/2023

| | | | |
|-----------------|------------------|--------|------------|
| Nom patient | EL OUARDI WISSAL | Entrée | 23/06/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | Sortie | 25/06/2023 |

| Désignation des prestations | | Lettre Clé | | Montant |
|-----------------------------|--|------------|--|---------|
|-----------------------------|--|------------|--|---------|

| | | | | |
|-------------------------|------|--|------------|--------|
| PHARMACIE (médicaments) | 1,00 | | 445,85 | 445,85 |
| | | | Sous-Total | 445,85 |
| Total Clinique | | | | 445,85 |

| | | | | |
|---|------|--|------------|--------|
| DR. EL YOUSOUFI SMAE (anesthésie-réani) | 1,00 | | 200,00 | 200,00 |
| | | | Sous-Total | 200,00 |
| Total Autres prestations | | | | 200,00 |

| | | |
|---|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 645,85 |
| SIX CENT QUARANTE-CINQ DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES | | |
| Immatriculation : 0005582 Adhérent : EL OUARDI MOHAMED | | |
| Affiliation : N° prise en charge : 20231770022622 / 166431 | | |
| Cin : BK295155 | | |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
E-mail : contact@hck.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Relevé des paiements

27/06/2023

| Numéro admission | Nom du patient | |
|------------------|------------------|--------|
| 2300706820 | EL OUARDI WISSAL | MUPRAS |

| Date | Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|------------|---------------|------------------------|-------------|
| 23/06/2023 | CarteB E | 15048 | 2 100,00 |
| 27/06/2023 | Espèce . | | -474,18 |
| | | Total payé | 1 625,82 |

Relevé établi par F.A.T.A.T

0900 61862
E-mail : contact@ckm.hck.mt
N° WP 0900 61862

ANNEXE PHARMACIE


| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Nom patient : EL OUARDI WISSAL | N° Facture 89 589 | 2300706820 |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|

| Produit | Quantité | Prix Unitair | Montant |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| ACUPAN 20mg Injecta (05) | 1 | 6,34 | 6,34 |
| CHLORURE DE SO 0,9%Po1L Injecta (01) | 3 | 20,60 | 61,80 |
| CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01) | 6 | 12,80 | 76,80 |
| CLOPRAME 10mg Injecta (10) | 3 | 1,39 | 4,17 |
| MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01) | 7 | 24,90 | 174,30 |
| OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01) | 1 | 11,86 | 11,86 |
| PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50) | 6 | 14,08 | 84,48 |
| SPASFON 40mg Injecta (06) | 6 | 4,35 | 26,10 |
| Sous-Total médicaments | | | 445,85 |
| Total pharmacie | | | 445,85 |

Pharmacie Kharita IDN ZAK
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 54 77
 E-mail: contact@fckm.ma
 N° INP 090061862

Le : 25/06/2023**Références : 89 589 / 306251553130938105**
MUPRAS**Entrée / Sortie : 23/06/2023 - 25/06/2023****Le Dr. EL YOUSOUFI SMAEL****présente à Mlle EL OUARDI WISSAL****sa note d'honoraire s'élevant à la somme de**
200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)**et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués**

Tel : 05 29 00 41 17
Fax : 05 29 00 41 17
E-mail : contact@fckm.ma
M'NP 090061862



Cachet et signature

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

| | | |
|--|---------------------------|--------------|
| Nom du patient : EL OUARDI WISSAL | | |
| Chambre : C440-F | | |
| Médecin traitant | PR. NOURI ABDELLAH | |
| Prise en charge | MUPRAS | |
| Date entrée | 23/06/2023 | |
| Date sortie | 25/06/2023 | 11:04 |
| Le caissier | L'infirmier | Le major |
| Billet de sortie établi par : JAW.BAD 27/06/2023 17:04 2300706820 | | |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
MNP 090061862

ie 27/06/2023

| | | |
|-----|----|------|
| 121 | 61 | 67 ✓ |
| 110 | 63 | 68 ✓ |

ie 27/06/2023

121

61

67 ✓

110

63

68 ✓

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 23/06/2023
Numéro : 89 170



090061862

Nom patient : EL OUARDI WISSAL

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL
Hépatogastro-entéro

2300706735

PAYANTS

| | Montant |
|--|---------|
| CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | 300,00 |

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
WTC 18 1011 Zaid
05 29 03 53 45
Tél: 05 29 00 44 77
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23062313323762904 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|------------------|-------------------|
| 2300706735 | EL OUARDI WISSAL | 23/06/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 000127 | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : FAT.AAT





مركز النقديات

ACHAT

23/06/23

12:29:10

99009648/6

99648701

HOP CHEIKH KHALIFA M3

Casablanca

A0000000031010

*****5869

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT :

300,00 MAD

Num Transaction

: 010

Num Autorisation

: 0V4981

STAN

: 000127

TICKET CLIENT