

## 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 :

- Une 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

0929

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HOUHOU

KHAOUI

Date de naissance :

1950

121222

Adresse :

0662 284942

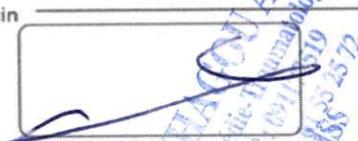
Total des frais engagés :

1

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

gout

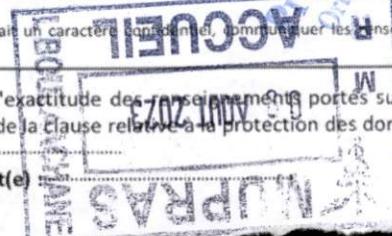
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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)



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
30/07/2019			300,-	30/07/2019 P. 091117719 de la maladie
07/08/2019				07/08/2019 P. 091117719 de la maladie
				MISSISSAUGA TOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien	Date	Maintenance la Facture	
PHARMACIE AZZAHRA	31/12/2023	15740	
Centre Commercial Al Azhar City A2 Mag. 16 Hay Hassani - Casablanca	07/08/2023	381,80	
ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DOCTEUR JELLINE HABIB	31/12/2023 - DR JELLINE HABIB		

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
 <b>SOINS DENTAIRES</b>	<b>Dents Traitées</b>	<b>Nature des Soins</b>	<b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																													
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																													
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																													
				 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																												
					<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>															H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
					H	25533412	21433552																										
					D	00000000	00000000																										
					B		35533411	11433553																									
					G																												
					<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																												
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																	



وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

07/08/2005

Numéro

Signature



53,10

+ Relaxol

48,70

- LF carmel

880,00

- Flex 250

381,80

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
Barcode: 6 118000 060935



PHARMACIE TRAUMATOLOGIE  
Ordre de TRAUMATOLOGIE  
INN : 011171519  
Tél : 0522 658247  
19/08/2005

**UVIMAG B6**

20 Ampoules de 10 ml



6 118000 02045

# FI

FORME ET PRES  
Gélule, Boite c

LOT: 2211030  
FAB: 11/2022  
EXP: 11/2025  
PVC: 280.00DH

## COMPOSITION (par capsule)

Substance active: C  
d'Harpagophytum 200 mg  
Anti-agglomérant: S  
Capsule végétale



Omg, Extrait sec  
je: Amidon de Mais  
m Lubrifiant : Talc

## PROPRIETES :

**FLEXIMAX** améliore

combiné  
et permet

## CONSEIL

2 Gélules



## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Femmes enceintes ou allaitantes, demandez conseil à votre médecin

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

Fabriqué et Distribué par HEALTH INNOVATION

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Agrément sanitaire ONSSA : CAPV.59.217.19

## وَصْفَةُ طَبَّةٍ

## Ordonnance

Casablanca, e :

31/07/2023  
sablanca, e:

James n

مَنْدِنْيَةِ اَنْسَابِيَّةِ  
PHARMACIE AN-NIA  
otissement Assala - Imm 18, 4A - Oulfa  
Casablanca - Tél: 95 22 93 46 22

I do a ~~log~~  
~~1/2~~ 1

10

8219

4

25 20  
148

4

52.8°

22.20

2

LOT 211482  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

AGOL ANSIS  
spedite-Trematologie  
NPN: 091117519  
16:06 16 55 2572

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES  
905-667-3950 3650 18AA 000009934877

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc

Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

# Codoliprane®

comprimé sécable

PPV: 22DH20,  
PER: 04/25  
LOT: M1316

باراصيطامو



400,00 mg  
20,00 mg  
15,62 mg

anne de terre, povidone, pour un comprimé.

UE (N. Système nerveux central)

## MÉDAMENT

té modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ETRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

## PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.

Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 31/07/2023

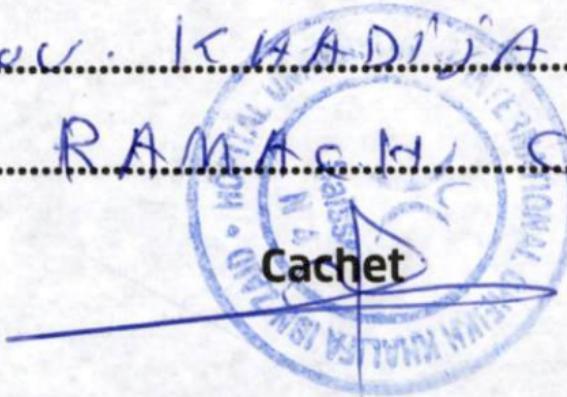
Quittance - Paiement espèces 9799703

IPP : .....

N° D'admission : 2308723958 Montant : 17210 H

Patient : MOUMNOU. KHADIJA

Payé par : RAMADH. S. H. ACHIBI





وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

31/07/2005

Khâs - 0

num

Rx

sur gr

Fe

Hôpital Cheikh Khâs Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
Fax : (+212) 0529 00 44 66  
www.hck.m

Jan-05

Mr CHACOU Aniss  
Orthopédie-Traumatologie  
INP : 091177519  
Tél : 06 61 55 25 72

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 31/07/2023  
Numéro : 106 032



090061862

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Médecin : PR. CHAGOU ANISS  
*Traumatologie*

2300723878

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 07/08/2023

**BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 2300727557	213
Nom patient	<b>MOUMMOU KHADIJA</b>	
Médecin	PR. CHAGOU ANISS <i>Traumatologie</i>	
	<b>Prestations</b>	<b>Gratuit</b>
	<b>CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE</b>	
Encaissement	0,00 <b>PAYANT</b>	<b>Visa accueil</b> SOU.OUH 12:28

CASABLANCA, le 31/07/2023

PATIENT: **MOUMMOU KHADIJA**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou gauche F+P**

**RESULTATS :**

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.  
L'interligne fémoro-tibiale pincée sur son versant interne.  
La texture osseuse est radiologiquement normale.  
Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.  
Calcification de l'insertion rotulienne du tendon quadricipital.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé, **Dr HABI**



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 106 122 / 2023 du 31/07/2023

Nom patient : MOUMMOU KHADIJA

Entrée 31/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU GENOU DE FACE ET DE PROF	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

**Total 180,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 69  
E-mail : www.h-kh-fckm.ma