

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.

Éducation :

- 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° P19- 049155
184939

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7485

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUAWEI MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668953399

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/11/2023

Age :

Nom et prénom du malade :

SAQAT A. ILOUDI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

APP neurologique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : A

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/11/2023	EEPN	25	30000	Handwritten signature over the table

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADIL	15/11/2023	109,00
Dr. Hind FADIL / 15/11/2023	15/11/2023	126,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. HIND FADIL	15/11/2023	504	1546,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le praticien est prié de préciser

Important : Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES

Relaxium B6

PPV:39DH80 PER: 09/26 LOT: M2572

Laroxyl® 40 mg/ml Amitriptyline Gouttes buvables 20 ml

6118001040407

XANT LOT: 230468 DLUD: 05/2026 87-00DH

1 gélule

Di-INDO® 25 mg

PPU 64DH50 EXP 07/2025 LOT 200472

30 comprimés dispersible

DETERRATION DU COEF MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION

Cédol® 20 Comprimés

6118000180913 220

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

21/11/2023

PHARMACIE FADIL
Dr. Hind FADIL
19,Douar Drabha - Bouskoura
CASABLANCA
Tél / Fax: 022 58 40 57

SAQAT M. Lound

139,80 M^o ANHOS

1) Laroxyl goutte. S.V

0-0-5 goutte

(50 = 0-7 goutte)

64,50 (0-0-10 goutte)

1mois

2) Di Indo S.V

22,20 1cp 3x/

3) Codelipra S.V

126,50 1cp 3x/

Universitaire et de Recherche
Assistance publique Hôpitaux de Casablanca - Hôpital Cheikh Khalifa

Codolipraine®

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

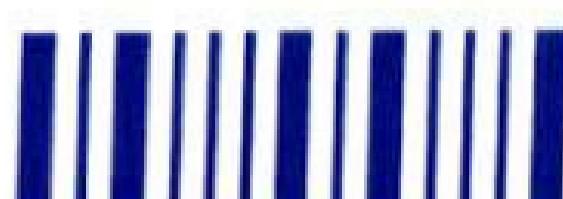
16 Comprimés sécables



PPV: 22DH20

PER: 08/25

LOT: M2837





وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/11/2023

SAGA

R.C : patient de 46 ans qui
se présente pour des céphalées
douloureuses, ATD : relatives
à l'ambulance.

Faire SUR IRM cérébrale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant FADWA FLYOU
Neurochirurgie



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/11/2013

87,00

SAQAT M. Pouda

1) Relaxium 300

5

22,00

lcp 6 son

2) Bedol

5

lcp 3x/j si douleurs

3)

109,00

091214163
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. d'Assistanat FADWA FLYOU
Neurosonologie
FIRMAN D'ORDRE D'ADMISSEION
AL FADWA
OUM RABIA
933173
Tél. : 05 22 933173
Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 160 857 / 2023 du 15/11/2023

Nom patient : **SAQAT MILOUDA**

Entrée **15/11/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **15/11/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
IRM CEREBRALE	1,00		2 200,00 Sous-Total	2 200,00 2 200,00
Total Frais Clinique				2 200,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. AYOUCHE OTHMAN (imagerie médicale)	1,00	D	-660,00 Sous-Total	-660,00 -660,00
Total prestations externes				-660,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE CINQ CENT QUARANTE DIRHAMS	Total	1 540,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
		1 540,00	0,00

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2311151300161410 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300779243	SAQAT MILOUDA	15/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007037	1 540,00
PAYANT	Total payé	1 540,00
MILLE CINQ CENT QUARANTMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : SOU.KHA

Scanné - www.hckhcfk.mr
 JE : (272) 0529 00 44 66
 Service Todalbagie
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid



PATIENT : SAQAT MILOUDA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **IRM 1 Region Sans Contraste**

IPP : **H0123034611**

DATE NAISSANCE : **01/01/1977**

NUMERO DOSSIER : **2300779243**

IRM CEREBRALE

TECHNIQUE :

- Acquisitions avec une IRM 1.5 par des coupes dans les 3 plans en séquences de diffusion, T1, T2, Flair et EG ; TOF sans injection du produit de contraste.

RESULTATS :

- Anomalie de signal frontales punctiformes en hypersignal FLAIR et T2 sans traduction en diffusion d'allure non spécifiques.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- Structures médianes en place.
- Absence de collection intra acranienne
- Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane non dilatée.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- APC et CAI libres.
- Les séquences d'angio-IRM veineuse montrent une hypoplasie du sinus transverse gauche.

CONCLUSION :

IRM cérébrale ne montrant pas de lésions encéphaliques évolutives.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr AYOUCHE Othman**

Dr. AYOUCHE Othman
Médecin RADIologue
04 13 15 250

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2311151039550 / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300778981	SAQAT MILOUDA	15/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0658	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SOUOUH



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 160.613 / 2023 du 15/11/2023

Nom patient : **SAQAT MILOUDA**

Entrée 15/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/11/2023

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00





مراكز التذاكر

achat))))

15/11/23 09:28:34

9900964918 99649101

HOP CHEIKH KHALIFA M5
Casablanca

A0000000031010

*****3099 VISA

CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

Num Transaction : 004

Num Autorisation : 762292

STAN : 000658

TICKET CLIENT