

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-827611

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>AF581</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>TOUM BOENCHAEL Rounn GATHIZANG</u>			
Date de naissance : <u>21.5.76</u>			
Adresse : <u>786426</u>			
Tél. : <u>066122345678</u>	Total des frais engagés : <u>0312345678</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>13.12.2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Ghazil Mousada</u> Age : <u>19</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Cuse d'asthme</u>			
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'adjudant 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 : <u>CAFADLANCA</u>	Le : <u>13.12.2023</u>		
Signature de l'adhérent(e) : <u>Toum</u>			

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
13.05.2013 28.05.2013	Actes de fractionnement	1611G59	700,00 DT	INP : 137373 Processus de paiement Rachid Ben Youssef
		2013		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Numéro du Facture	Date	Montant de la Facture
CHARM - 21 DE IBNI - 21 DE TUE GRASSI - 21 DE CHOP/TAUX - 21 DE 05 22 49 20 20	13/11/23	622.16

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



2300778057 / H0123004351

Prénom : MARWA

Nom : GHAZIL

DDN : 01/03/2007 E: 13/11/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

Casablanca, le :

13-11-2023

MARWA GHAZIL

45,30

1 - Ventoline Sop

3 bouffées x 3 J.

7 jours

175,00

2 - Séritrol 125 mg

2 bouffées x 3 (1's)
pd t 3 mois J.

115,00

3 - Simoreni Sop

1spol (1j)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant ECH-CHARII NADIA
Pédiatrie

102,60

4- ~~Perfex~~ cf 103 -

scop / 5 610 ml Unis.

19,40

5- Mucocil

sirop

scac 610 ml



15,30

6- vit C

6- vit C

scop /

Hôpital Universitaire International Aïn El Aouda
Professeur Assistant ECH-CHAMPIGADE
Pédiatrie
03 123 7670

MUCOCIL®

Carbocisteine 5%
Sirop adulte - Flacon de 125 ml

PPV : 19,40 DH

6 118000 190608

149,40

7- chambard (85) 100ml

sans mercure

T = 622,10

ANNEE DE L'HOPITAL
Hôpital CHOCHEZ SAIN
11, RUE GRASET, QUARTIER
DES HOPITAUX - CASABLANCA
05 22 49 20 20

Lot L 98 Y
EXP 11 2024
PPV 45,30 DH





وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 13-11-2023

- Ghazil Meroue

- Nebulisation avec Oxygène,
Oxygène en sus



05 29 03 53 45
05 29 00 44 71
Email : contact@trekmorocco.com
Trekking morocco.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 164 659 / 2023 du 22/11/2023

Nom patient : GHAZIL MARWA

Entrée 13/11/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
NEBULISATION AVEC OXYGENE, OXYGENE EN SUS	1,00		400,00	400,00
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	700,00
Total Frais Clinique				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENTS DIRHAMS

Total 700,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	700,00	700,00	0,00

HOPITAL CHEÏKH KHALIFA IBN ZAID**CASABLANCA****Reçu de caisse**

N° : 2311131902321118t / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300778057	GHAZIL MARWA	13/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006200	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : BRA.ELK

Hopital Cheïkh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°IMP 090061862



مصرف المقديس

SANS CONTACT



13/11/23 17:50:52
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000031010
APP : Visa
xxxxxxxxxxxxx9663
CARTE NATIONALE
33A6AC828C3166A9
221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 009
NUM AUTORISATION : 358468
STAN : 006200

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT