

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre de l'Horloge - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-001751

189983

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2028 Société : RAA

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RADJOUSSI N. HAJIJA

Date de naissance :

Adresse : 21 Rue CHACEN OUISSER

Tél. : 0666 192536 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNUP : AA-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
02	C		350,00	 Dr. Mohamed Cheikh Khalifa Dentiste 33-1-2033553
01				
24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie TAZI 80, Boulevard de la Liberté Casablanca 23 94 Tél. 0539 050244	02 01 24	355,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

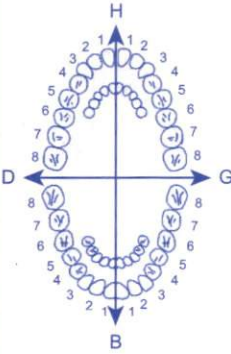
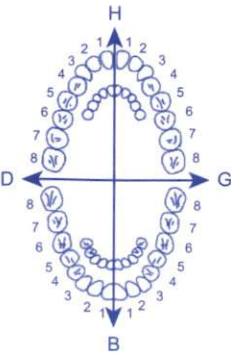
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

2 boites 24

Kaunouchi Khayti

LOT : 23E003
PER: 07 2027
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 18000 061465

Casablanca, le:

153.60

1) Co vet pren. 300mg

scptor

INP 092050244

50.70

2) Cand euriel 2.5mg

scptor

Pharmacie REGIONALE
TAZI Adnane
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tél. : 0622 31 33 94

95.00

3) Extra mg

56.60

scptor 6 meli

4) Stipron 10 -

355.90

1/2 cp



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



153,60

Extra

TRIPLE ACTION

**1 PRISE
/JOUR**
Soit 100 % des AJR*

• **VITAMIN**

² Contribue

• **VERVEINE**

³ Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**

COOPER
PHARMA

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

12/2022
12/2025
0722010

V002 - 01/21

ETEXMAC030CP



3 760162 579741

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 483 / 2024 du 02/01/2024

Nom patient : KARMOUDI KHADIJA

Entrée 02/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			350,00		350,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

.....
.....
..... M / F
Age:
..... cm / kg

FC: 79/min

Intervalles:

RR 762 ms
P 108 ms
PQ 148 ms
QRS 80 ms
QT 380 ms
QTC 437 ms

Axes:

P 43 °
QRS -38 °
T 23 °

P (II) 0.13 mV
S (U1) - mV
R (U5) 0.52 mV
Sokol. 0.79 mV

RYTHME SINUSAL

POSITION HYPERGAUCHE

HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR

QRS(T) MODIFIE:

ANOMALIE EN ANTEROSEPT. POSSIBLE

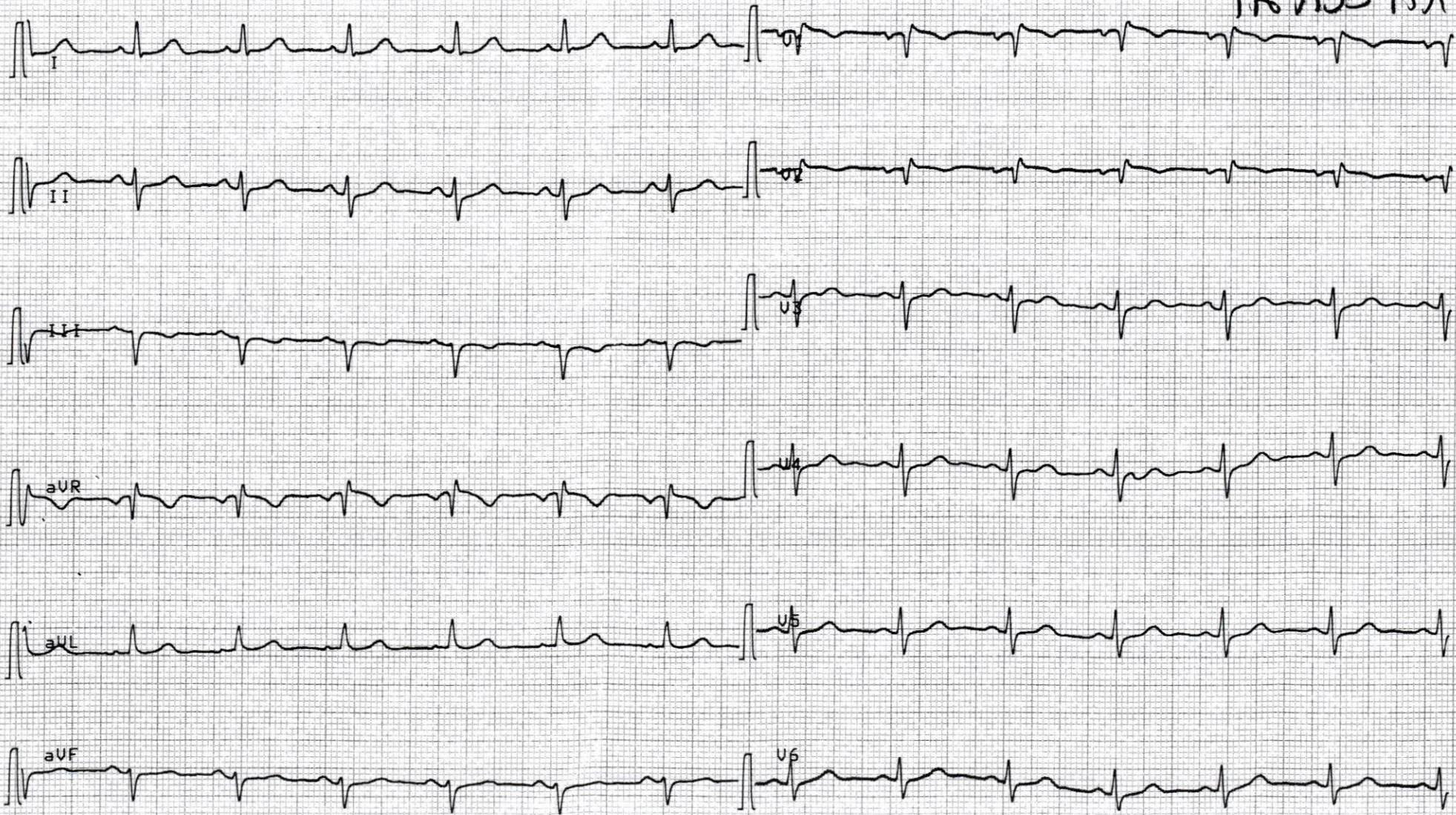
RAPPORT NON-CONFIRME

Mme KARMOUDI Khadija

10 mm/mV

10 mm/mV

TA 153 An



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240102123747IB / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400805645	KARMOUDI KHADIJA	02/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7790	350,00
	Total payé	350,00

Reçu établi par :IBT.EZZ

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie



مركز البعثات

SANS CONTACT



02/01/24 12:22:58
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx2893
CARTE NATIONALE
443AB7112DF49A21
201-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 938214
STAN : 007790

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT