

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 068468

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10360 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHOMKH EL HABIB
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 9384 Total des frais engagés : 74 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2023
Nom et prénom du malade : Naimi Chouneik Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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 Paiement des Actes
14.12.23	HOSP	1	421,87	
14.12.23	US	1		
14.12.23	le			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/23	87,20 km.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

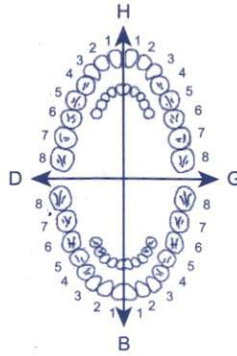
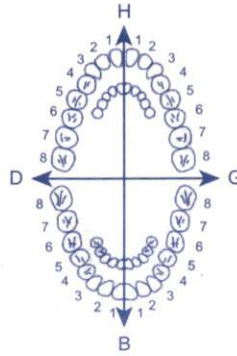
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Hôpital sans Tabac
Fumer tue



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+٥٤.٧.٥١+1+8:0٤ ٨ :٥٥X ٥٥٤١
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 14/12/23

ORDONNANCE

Docteur :

Naimi chorouk

- 34,00
- ① Myntalgic
53,20 1 cp x 3'j
- ② Exocyl 500g
1 cp x 3'j
- = 87,20

MYNTALGIC®
20 comprimés effervescents

PPU 34D00
EXP 02/2025
LOT 1D041 1



53,20

CHU Ibn Rochd
Hôpital 20 Août 53
Service de Pneumologie
Hôpital du 20 Août 1953

BULLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 14/12/93

Nom du malade : CHOUROUK NAIRI N° d'entrée : 35513/93

Service : Pneumo 20 Août

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REPOSE LABORATOIRE
Bronchoscopie souple	

Dr. AIT MOUDDEN Naima
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca
Pneumologie

Médecin traitant

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 14/02/2023

ORDONNANCE

NE = 35513

Docteur : Chouaib Daimi

Bronchoscope Souple n° 979/23

Opérateurs : P. Afef, P. Asfoui, Dr. Bamba, Dr. Nahid;
Intubation : par la bouche, portion arriérée, $SpO_2 = 95\%$ AF
Ac Total :

Infiltration d'allure tumorale de la muqueuse du culmen ainsi que tout resperons et réduction du calibre de tout ses orifices, épaississement de l'épave lobaire sous bourgeon ni tumeur visible, par ailleurs inflammation à la limite du 2^e degré ô de la lobaire inférieur.

Jr. AIT MOUDDENE Naima
Pneumologie
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca



Casablanca le 14/12/93

Compte Rendu d'Hospitalisation

Nom/Prénom de l'assuré(e) : N° d'Hospitalisation : 35513

Organisme Tiers-payant : N° d'Immatriculation :

Nom et Prénom du bénéficiaire : CHOUROUK NAIRI

Date d'Admission : 14/12/93 Date de sortie : 15/12/93

Durée d'Hospitalisation :

Service : Pneumo et Aort

Diagnostic : Foyer de condensation alvéolaire du culmen + 2 micronodules
sous pleuraux du segment latéral L5D+ et L5C6

Bilan radiologique :

Bilan biologique :

Compte Rendu Médical et / ou Opératoire

(Avec traitement administré et évolution le cas éventuel)

Foyer de condensation alvéolaire du culmen + 2 micronodules sous
pleuraux du segment latéral L5D+ et L5C6, chez une patiente de 48 ans
sans habitudes toxiques et sans Néo du sein droit depuis
5 ans traitée par Mastectomie + RTH et CHT. Et sa sœur et 2 tantes
suivies pour Néo du Sein. Durant son hospitalisation, la patiente

a bénéficié d'une bronchoscopie souple. Patiente déclarée sortante
Aujourd'hui.

Cachet et Signature
Le Médecin traitant :

Dr. AIT MOUDDENE Naima
Pneumologie
Hôpital 20 - 307 1353 Casablanca



CHUIR564209

I.N

FACTURE N° **H20A/H35337 / 2023**



090004474

Facturé à :

CHOUROUK NAIMI

Hospitalisation ✓

N°patient	N°d'admission	Mode d'admission	Organisme tiers payant	N° affiliation	Mode de Sortie
CHUIR564209	HA35513 / 2023	Urgent			NORMAL

Pharmacie

Date	Service	Type	Code	Prestations	Prix	Qte	Montant
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	DM04244	GANTS D'EXAMEN N° 6,5	0.31	2	0.62
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	N01BB02-02	LIDOCAINE 2% INJ	10.30	1	10.30
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	C01CA24-02	ADRENALINE 0,25 MG/ML INJ	1.04	1	1.04
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	B05CB01-05	SODIUM CHLORURE 10% INJ	1.82	1	1.82
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	DM04157	CRACHOIR EN PLASTIQUE AVEC COUVERCLE	0.76	1	0.76

Total Pharmacie : 21.87

Total Facture	421.87
Taux pris en charge	0.00%
1 - NET à Payer - Patient	421.87

Arrêtée la présente facture le **15-12-2023**

Total Facture : **quatre cent vingt et un Dirhams et quatre-vingt-sept centimes**

1 - NET à Payer Patient : **quatre cent vingt et un Dirhams et quatre-vingt-sept centimes**

RIB: 310 780 100 302 400 411 030 135

CHU IBN ROCHD 1953
Hôpital 20 Août 1953
Régisseur des recettes
Signature: Amina EL MAALOU
159253

Cachet du bureau
de la facturation

N°quittance et
cachet du
régisseur



H20A/H35337 / 2023



CHUIR564209

I.N

FACTURE N° H20A/H35337 / 2023



090004474

Facturé à :

CHOUROUK NAIMI

Hospitalisation ✓

N°patient	N°d'admission	Mode d'admission	Organisme tiers payant	N° affiliation	Mode de Sortie
CHUIR564209	HA35513 / 2023	Urgent			NORMAL

Hotellerie

Service	Date début de séjour	Date fin de séjour	Type	Prestations	Prix	nbg	Montant
Pneumologie	14-12-2023	15-12-2023	MEDECINE	Chambre Double	100.00	1	100.00
Total Hotellerie : 100.00							

Honoraire

Date	Service	Type	Prestations	Prix	nbg	Montant
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	Consultation Hospitalisation	100.00	1	100.00
Total Honoraires : 100.00						

Actes

Date	Service	Type	Code	Prestations	L_cle	Prix	Qte	Montant
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	H403	Bronchoscopies itératives, bronchoaspiration dans un but thérapeutique	K.20	200.00	1	200.00
Total Acts : 200.00								

Pharmacie

Date	Service	Type	Code	Prestations	Prix	Qte	Montant
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	PAMP02066	SERINGUE 10 ML	1.07	2	2.14
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	DM0405600	Masque de protection respiratoire classe FFP2 norme EN 149+A1 : 2009 CE (BEC DE CANARD)	2.76	1	2.76
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	PAMP02030	COMPRESSE DE GAZE 7,5CMX7,5CM	3.66	0.5	1.83
15-12-2023	Pneumologie	MEDECINE	PAMP02036	COTON HYDROPHILE	29.96	0.02	0.60

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
20 Août 1953

Formation :
Reçu de M :
La somme de :

N° 159259

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
HOSP	
PNO	
10535513	
Total	42187

Le : 21 12 53

Signature du
Régisseur et Cachet

[Signature]