

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-828113



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELYOUSFI SAMIR

Date de naissance :

15/04/67

Adresse :

Résidence Novia Imm L Cité plateau

Tél. : 0661304942

Total des frais engagés : 1039,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/10/2024

Age: 44

Nom et prénom du malade :

REHIOUI HOURIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection nerf optique

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 : Casablanca

Le : 04/10/24

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
01/01/2024	Injection		300,00	INP : [Signature]
01/01/2024	Decalage			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MOLIN KABHAIS 105, Avenue de l'Indépendance Tél: 0522.36.10.11	04/01/2024	2891,60

092045368

ANALYSES - RADIGRAPHIES

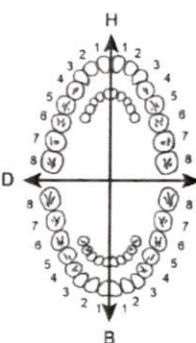
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

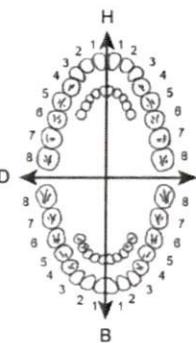
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 04/04/2024

LOT : 5374
PER : 06 - 26
P.P.V : 34 DH 70

Rehoui Hania

1) Skinopadic lotion

34.70 x 2 1 fois/jr x 15jrs
 puis 1/2 x 15jrs
 puis 1/3 x 15jrs
 puis arrêt.

S.V

2) Clostex x phomping

22000

1 fois x 2 semaines

puis 1 fois/semaine

S.P

NOUR
 108, Avenue Hassan II, Casablanca
 Professeur Assistant
 1 mois

177.40 sur cheveux secs, laisser agir 10-15min

3) Cicoplant Baume BR

1 fois/jr x 10jrs
 sur la paupière.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Professeur Assistant
 161224647



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفه



REKIOU

HOURIA

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/02/24

DIPROTOSTENE injectable

(X)





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Electroconsultation

Facture n° annull

16122456
Professeur Assistante en Médecine de l'adulte et de l'enfant
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 1991 / 2024 du 04/01/2024

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 04/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXERESE DE MICROKYSTES, PETITE SEANCE	1,00		450,00 Sous-Total	450,00 450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		Total 450,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		450,00		450,00	0,00

090061862
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Fax: 05 29 00 45 53
Tel: 05 29 03 53 45
E-mail: cheikh_khalifa_ibn_zaid@chm.tn
Site: www.chm.tn
Rue: 10 Avenue Hassan II
BP: 82403 Oum Rabia
Code Postal: 80000
Ville: Casablanca
Pays: Maroc

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2401041529018250t / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400807155	REHIOUI HOURIA	04/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6033	450,00
PAYANT	Total payé	450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : SOU.EDA

WITNP 090051862
Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Fax : 05 29 00 44 79
Tél : 05 29 03 55 57
Site : www.hckz.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 1808 / 2024 du 04/01/2024

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 04/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INJECTION DE CORTICOÏDE, PETITE SEANCE,	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						Total encaissé	Solde
							300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INP 090011862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2401041114504410 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400806970	REHIOUI HOURIA	04/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6031	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAN.ELB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INV 090051862



مراكز المعلومات

SANS CONTACT



04/01/24

11:01:37

9900398075

93980701

HOP CHEIKH KHALIFA G13
Casablanca

A0000000031010

APP : UISA

xxxxxxxxxxxxxx8920

CARTE NATIONALE

E56FD7EA6C6210B9

201-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION : 024097

STAN : 006031

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



Caisse Malakia

SANS CONTACT



04/01/24 11:36:47
9900398075
93980701
HOP CHEIKH KHALIFA G13
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx8920
CARTE NATIONALE
8FE67702BCA649AA
201-0-9999-1-44

MONTANT : 450,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: 026296
STAN : 006033

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT