

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-829537

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1968.12

Nom & Prénom : EL BOUDOURI TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS DES PRES N°162 DAR BZARZA
CABABLANCA

Tél. : +212 66 1097741 Total des frais engagés : 1154,65 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : EL BOUDOURI TARIK Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rash cutané DERMATOLOGIE

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'att. médecin 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 : CABABLANCA Le : 19/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Boîte à questions : contact@mutuelles.com
- Boîte à questions : contact@mutuelles.com
- Adresse pour le changement de statut : adhesion@mupras.com

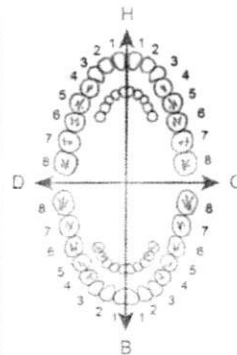
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature attestant le Doyen	
9/02/24	Voir Annexe 8 QD		240,85	INP : [] [] [] [] [] []	

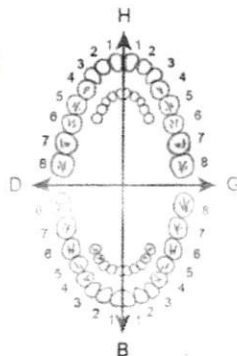
EXECUTION		FINANCES	
Date	Montant de la Facture		
19/02/2024	553,80		
19/02/24	105,00		

[illegible][illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



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

{Création, remont, adjonction}

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 19/02/24

N° El Boudaoui Tarik

1 - Préporoltra (amp)

{ Diprosone
Cort cream

T = 553,80

1cp/j

pus tj 12 x 09

pus tj 13 x 09

pus arrêt

11-19224

380,00

PPV: 13,10
PER: 10/26
LOT: M3691

LOT : 5995
PER : 07 - 26
P.P.V : 29DH90

13,10 2 - Deliprene
1cpt 6h

3 - Clartec cp
1cp/j

29,90

130,80 4 - Nebocrème (bouteille)
1cpt x 2

١٠٠٠ فيتا



٢٠ في صافا

(١٠٠٠ فيتا)

١٠٠٠ فيتا

Vita C1000®

PPU 26DH90

EXP 08/2026
LOT 36037 10

مخصص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.
الوجبات - فواكه الإستعمال - موانع الإستعمال - كيفية الإستعمال،
نظر لدبره

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقا بعد كل من الجرارة والوطية.
Tubé à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراي الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



AMM N° 02 DMP/21



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

19.09.2024

M. TALIK EL BOUDRAHI

7900

1/ Apixol Sy

S.P.S

1 x 3 j

25,10

2/ ut (1000)

S.P.S

1 x 2 j

1 x 2 j

10500

PHARMACIE DES JARDINS
DE LOCEAN BAY SARL Au
Route d'Aïn Moutour Km 15
Dar Bouazza Casablanca
Tél : 05 22 29 08 29
RC : 399369 T.D. 32960471





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 19/02/2024

PATIENT : EL BOUDOURI Tarik

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poumon F+P**

IPP : **170115115335SM**

DATE NAISSANCE : **15/07/1982**

NUMERO DOSSIER : **2400833458**

Résultats :

- ☐ Epaississement péri-bronchovasculaire basal droit.
- ☐ Absence de lésion nodulaire ou de foyer d'allure évolutive.
- ☐ Respect de la silhouette cardiomédiastinale.
- ☐ Absence d'anomalie pleuro-pariétale.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr EL BENDADI Wafaa**



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid

ROYAUME DU MAROC

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 28570 / 2024 du 19/02/2024

Nom patient	EL BOUDOURI TARIK	Entrée	19/02/2024
	PAYANTS	Sortie	19/02/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0050	60,00	60,00
			Sous-Total	540,00
PHARMACIE	1,00		100,85	100,85
			Sous-Total	100,85
Total Clinique				640,85

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	640,85
SIX CENT QUARANTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES		

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 53 47
 E-mail : contact@hckm-hckm.ae
 P.O. Box 800004, Ras Al Khaima