

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-000832

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1247 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : THAILI ZINEB
Date de naissance : 24/02/48
Adresse : Hay Oulja Nissin Rue 22 N 18/20
Tél. : 06 67478484 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/24
Nom et prénom du malade : THAILI ZINEB Age : 76
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Jeune femme
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) :

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
16/03/2024	Vinifur		944,44	Hopital C. Ali Mehdi Urgentiste 990061862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

AMBUL RC:45	SARL AU IF:33662044 02794000082 GSM:06.61.66.09.49					140000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

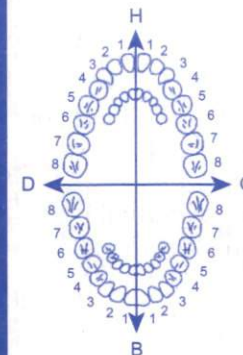
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/03/2024

Mme Thaili Zine b

ECG



HÔPITAL CHÉIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 44411 / 2024 du 16/03/2024

Nom patient	THAILI ZINEB	Entrée	16/03/2024
	PAYANTS	Sortie	16/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)	1,00		100,00	100,00
SURVEILLANCE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	550,00
PHARMACIE	1,00		399,44	399,44
			Sous-Total	399,44
Total Clinique				949,44

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	949,44
NEUF CENT QUARANTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-QUATRE CENTIMES		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
mail : contact@hikm-hikma.com



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 16/03/2024

Quittance - Paiement espèces 0866242

IPP :

N° D'admission : 24 00 849 649 Montant : 949,44

Patient : H+M Li - Bines

Payé par : Boumya Noh mon

Cachet

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/03/2024

15:14

Nom Patient : THAILI ZINEB		Numéro dossier : 2400849649			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
16/03/2024	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1745974	5,00	3,62	18,10
16/03/2024	FLAMMAZINE 50g Crème (01)	1745974	1,00	39,00	39,00
16/03/2024	MEBO 81-85,5G/ Pommade (01)	1745974	1,00	87,20	87,20
16/03/2024	PANSEMENT CUTICCELL CLASSIC 10X10CM(1)	1745974	3,00	14,30	42,90
16/03/2024	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1745974	2,00	3,77	7,54
16/03/2024	MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	1745974	1,00	12,87	12,87
16/03/2024	KIT PIQUAGE URG	1745974	1,00	19,40	19,40
16/03/2024	MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	1746020	1,00	12,87	12,87
16/03/2024	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1746020	1,00	13,10	13,10
16/03/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1746020	1,00	5,86	5,86
16/03/2024	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1746020	1,00	3,77	3,77
16/03/2024	KIT PIQUAGE URG	1746020	1,00	19,40	19,40
16/03/2024	ADRENALINE 1mg Injecta (100)(1)	1746020	1,00	2,04	2,04
16/03/2024	NORADRENALINE A 2mg/ml Injecta (10)(1)	1746020	2,00	50,30	100,60
16/03/2024	COUCHES ADULTE L	1746020	1,00	5,85	5,85
16/03/2024	ALESE 60X90CM	1746020	2,00	4,47	8,94
Total pharmacie					399,44

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 85
Fax : 05 29 00 44 17
contact@hkm-hk.ma

ID:

Nom :

Médicament :

16-Mar-2024 PM

Sexe: M

Date de naissance:

ans

cm

kg

Symptômes :

Antécédents :

10 mm/mV 25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

10 mm/mV

I

V1

II

V2

III

V3

aVR

V4

aVL

V5

aVF

V6

PAYANT
Sexe: M

2400849649 / H0124008598

Prénom : Zineb

Nom : THAILI

DDN : 24/02/1948 E: 16/03/2024

Service : URGENCES (NA)

2350K

03-08

07-01

Service :

Examen :

/ mmHg

*** bpm

D:

bm :

bxe:M

cm

Date de naissance:

kg

ans

req. ventr.

/ bpm

ht. PR

ms

urée QRS

ms

ht. QT/QTc(E)

****/****

ms

ke P/QRS/T

****/****/****

°

hpl RV5/SV1

.*/**.**

mV

hpl RV5+SV1

.

mV

D103 ANALYSE ECG IMPOSSIBLE



2400849649 / H0124008598

Prénom: Zineb

Nom: THAILI

DDN: 24/02/1948 E: 16/03/2024

Service: URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne

I

aVR

V1

V4

II

aVL

V2

V5

III

aVF

V3

V6

Rapport non confirmé

Vu par :

Kamen :