

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- 042787

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres *URGENCE*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *01694* Société : *RAM*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *ADIB ABDERRAHMAN*
 Date de naissance : *30-06-1950*
 Adresse : *Wafa 3 km 21 Apt 5 OULFA*
COSS BRUNO
 Tél. : *0661429250* Total des frais engagés : *1671,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *03/08/2023*
 Nom et prénom du malade : *AIT HADCHI KHADDOUT* Age : *65*
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Traumatisme du genou droit*
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *ACCIDENT*

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 : *COSS BRUNO* Le : *03/08/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03-08-2023	Facture	108625/2023	8140,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/08/2023

831,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

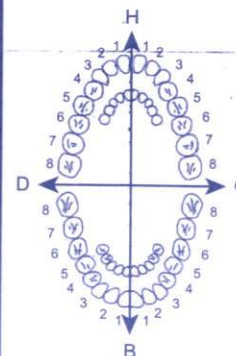
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCOEFFICIENT
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 :

03/08/2023
M. K. Moudary
H. K. Moudary

① Noce Cap 12



198,00

1 opp x 21

LOT PUC: 198.00DH
C210
2025-05
CNK 3259-850

REV: 2021/11/0

22,00



Co dol



22,00

1 cp x 21

347,00

132,00 x 2

T = 831,00



PHARMACIE ILA
252 BD OUED SE
CASA - Tel 05 4

LOT 132,00
EAF 231331
PRV C4 2025
347,00
LOT 231104
EAF 2025
PRV 132,00
132,00

Rv Cas de

11/08/2023

à mh

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Pr. Assistant Souhail BENSALAM
Traumatologie-Orthopédie
094750959



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

Signature

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Pr. Assistant Souhail BENSALAH
Traumatologie-Orthopédie
091250969



2300726469 / H0123023389

Prénom : KHADDOUJ

Nom : AIT HADCHI

DDN : 03/09/1957 E: 03/08/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

Signature

Signature



Coller Etiquette De BAF

Nom et

Casablan

2300726469 / H0123023389
Prénom : KHADDOUJ
Nom : AIT HADCHI
DDN : 03/09/1957 E: 03/08/2023
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN DIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Trama à la base + Gêne
faite à une chute de hauteur

• RADIO STANDARD : *Renner + Jambes*

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

FONDATION CHEIKH KHALIFA
Pr. MOUSSAIB MUSTAFA
Directeur de Spécialité - Urgence
10/11/2023 10:03:37

Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid
Pr. BEN OUI Samir
Urgence
10/11/2023 10:03:37



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 03/08/2023

PATIENT : AIT HADCHI KHADDOUJ

IPP : H0123023389
DATE NAISSANCE : 03/09/1957
NUMERO DOSSIER : 2300726469

Rx DE LA JAMBE DROITE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MOUSSALI**



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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث

U3



CASABLANCA, le 03/08/2023

PATIENT : AIT HADCHI KHADDOUJ

IPP : H0123023389
DATE NAISSANCE : 03/09/1957
NUMERO DOSSIER : 2300726469

RX Genou Droit F+P

- Déminéralisation osseuse diffuse
- Pincement fémoro tibial externe
- Ostéophytose marginale tibiale
- Pincement fémoro-patellaire
- Aspect dense des parties molles péri articulaires

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MOUSSALI**



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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 03/08/2023

PATIENT : AIT HADCHI KHADDOUJ

IPP : H0123023389

DATE NAISSANCE : 03/09/1957

NUMERO DOSSIER : 2300726469

Rx DU BASSIN FACE

Remaniements dégénératifs coxo-fémoraux et sacro iliaques bilatéraux

Congruence normale des têtes fémorales au niveau des cavités cotyloïdes.

Absence de trait de fracture décelable dans les limites techniques de l'examen.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Pr MOUSSALI



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

Casablanca, le 03-08-2023

COMPTE RENDU

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr NOUSSAIR MUSTAPHA
Directeur de Spécialité - Urgence
101106037

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme A. t HADCHI, Khaldouj Le : 03/08/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Traumatisme du genou droit

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio graphie du genou de Face et de Profil
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres : Radiographie de la Jambe de Face et de Profil
- Radiographie du Bassin

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr NOUSSAIR MUSTAPHA
Directeur de Spécialité - Urgence
101106037

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 108 625 / 2023 du 03/08/23

Nom patient : AIT HADCHI KHADDOUJ

Entrée 03/08/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/08/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
RADIOGRAPHIE DU GENOU DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DE LA JAMBE DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DU BASSIN	1,00		180,00	180,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	840,00
Total Frais Clinique				840,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	840,00
HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	840,00	840,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@hkhz.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2308031832037510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300726469	AIT HADCHI KHADDOUJ	03/08/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	24225	840,00
PAYANT	Total payé	840,00
HUIT CENT QUARANTE DIRH		

Reçu établi par : HIC.ELAS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm-hck.ma
Tél. 05 29 00 61 862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : AIT HADCHI KHADDOUJ		
Chambre : NA		
Médecin traitant	BENBOU SAMIR	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	03/08/23	
Date sortie	03/08/23	19:25
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : HIC.ELAS 03/08/23 20:28 2300726469		

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél : 05 29 00 44 77
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hikm.hk.ma
N°IMP 0900000002