

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4681**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUFISS NOUNAmed 174987

Date de naissance : **29/12/1952**

Adresse : **EL KAS PASSAGE 8 HAY KHOZAMA 00652 CASABLANCA**

Tél. : **0663621569**

Total des frais engagés : **709**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vomie

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 : **EMSA BLANCA**

Le : **04/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

YOUSSEF MOUFISS

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 |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/09/23 | | | 300DA | <i>Dr. Khalifa Ibn Assihedar Urologie</i> |
| Hôpital Universitaire de Casablanca - Service d'Urologie - Dr. Khalifa Ibn Assihedar - 04/09/23 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE L'EXTENSION</i> 2 Rue à l'Assifa 100 05 22 93 48 40 | 04/09/23 (BONS) | 180,00 229,00 |
| 24. 09. 93 | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaire, 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 | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | |
| | D | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| | G | | | DATE DU DEVIS |
| | B | | | DATE DE L'EXECUTION |
| [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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/09/2023

N°
Douti B

Notamed

76. RDx 3

Umedo S.V

Dose

(S.V)

22 g. RDx 1

Cou

par 15 J

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue de Kasfa
Extension CASABLANCA
Tel: 0522 93 48 40



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pragréé ABDELJALIL HEDDAT
BP 82403 Casablanca

7568



Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca

Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

URADOX® 2mg

30 cps sécables



6 1118000 051107

30 Comprimés sécables

LOT : 124

PER : SEP 2024

PPV : 76 DH 50



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

04/01/2013

Mr Naciri

Mohamed

ECHD

E-mail : labo@idm-hck.ma
Tél : 0529.05.02.33
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Avenue ABDELJALIL HEUDAT
Casablanca

091177568

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 122540 / 2023 du 04/09/2023

| | | | |
|-------------|-----------------------|--------|------------|
| Nom patient | MOUHIB MOHAMED | Entrée | 04/09/2023 |
| | PAYANTS | Sortie | 04/09/2023 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| CONSULTATION D'UROLOGIE | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| Total Clinique | | | | 300,00 |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS | Total | 300,00 |
| | | |

Apôptal Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
tél. 05 29 03 53 45 - 05 22 89 28 54
ID: 090061862 - N°INP: 090061862 - N°ICE: 001740003000026

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2309041151271080 / 2 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300740271 | MOUHIB MOHAMED | 04/09/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|---------------|
| CarteB | 3597 Lui-même | 300,00 |
| PAYANT | Total payé | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : LOUJAR

Hôpital Universitaire
Cheikh Khalifa
Service Urologie
TPE : 09005186
Tel : 0520012196 / 052004477

Reçu de caisse

N° : 2309041403206270 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300740498 | MOUHIB MOHAMED | 04/09/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 010768 | 180,00 |
| PAYANT | Total payé | 180,00 |
| CENT QUATRE-VINGTS DIRH | | |

Reçu établi par : AMA.SEM

TR10529050233
Email: lala@lala.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 122772 / 2023 du 04/09/2023

| | | |
|-------------|-----------------------|-------------------|
| Nom patient | MOUHIB MOHAMED | Entrée 04/09/2023 |
| | PAYANTS | Sortie 04/09/2023 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| EXAMENS BIOLOGIE | 1,00 | B0150 | 180,00 | 180,00 |
| Total Clinique | | | | 180,00 |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 180,00 |
| CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS | | |

180,00
180,00
180,00
180,00



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 180510150301LA

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 04/09/2023

Prélevé le : 04/09/2023 à 13:10

Édité le : 07/09/2023 à 10:53

MOUHIB MOHAMED

Dossier N° : 23090712K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

| | | | | |
|-------------------------|---|--|-----------|--------------|
| MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT | : | Non renseigné | | |
| ASPECT MACROSCOPIQUE | : | Trouble | | |
| EXAMEN CYTOLOGIQUE | | | | |
| Leucocytes | : | 19* 10^4/ml | < 10^4/ml | 9* 10^4/ml |
| | | | | (25/05/2023) |
| Hématies | : | 3* 10^3/ml | < 10^3/mL | 115* 10^3/ml |
| | | | | (25/05/2023) |
| Cellules épithéliales | : | Rares | | |
| Autres cellules | : | Absence | | |
| Cylindres | : | Absence | | |
| Cristaux | : | Absence | | |
| Eléments fongiques | : | Absence | | |
| CULTURE | | | | |
| Culture | : | Positive | | |
| Numération des germes | : | > 10^5 UFC/ml | | |
| Identification germe 1 | : | Klebsiella pneumoniae | | |
| COMMENTAIRE | : | Arguments microbiologiques en faveur d'une infection ou d'une colonisation urinaire. | | |

ANTIBIOTIC RESISTANCE PROFILE

Le 07/09/2023 à 10:53

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

Centre National de Référence

Tél : 05.29.05.02.33

E-mail : labo@fckm-hck.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 / 3



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 180510150301LA

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 04/09/2023

Prélevé le : 04/09/2023 à 13:10

Édité le : 07/09/2023 à 10:53

MOUHIB MOHAMED

Dossier N° : 23090712K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



Origine du prélèvement : ECBU

Espèce : Klebsiella pneumoniae

CÉPHALOSPORINES I

Céfazoline : Résistant

CÉPHALOSPORINES II

Céfuroxime : Résistant

CÉPHALOSPORINES III et IV

Ceftazidime : Sensible

Ceftriaxone : Sensible

Céf épime : Sensible

PÉNICILLINES

Ampicilline : Résistant

Amoxicilline + Ac.clavulanique : Résistant

Pipéracilline/tazobactam : Sensible

PÉNICILLINES HÉMISYNTHÉTIQUES

Imipénème : Sensible

Ertapénème : Sensible

Méropénème : Sensible

AMINOSIDES

Gentamicine : Résistant

Amikacine : Résistant

QUINOLONES

Ciprofloxacine : Résistant

Levofloxacine : Résistant

Le 07/09/2023 à 10:53

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

2 / 3



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 180510150301LA

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 04/09/2023

Prélevé le : 04/09/2023 à 13:10

Édité le : 07/09/2023 à 10:53

MOUHIB MOHAMED

Dossier N° : 23090712K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



DIVERS

| | | |
|-----------|---|-----------|
| Colistine | : | Sensible |
| Bactrim | : | Résistant |

Le 07/09/2023 à 10:53
Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

La laboratoire international Cheikh Khalifa
Tél: 05 29 05 02 33
E-mail : labo@fam.hck.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

3 / 3