

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 *186195* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>11406</i>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>EL BJAOUA, RACHID</i>			
Date de naissance : <i>16-04-1976</i>			
Adresse : <i>Les Aydalouss 3 étg 3 Apt 40 la gironde</i>			
Tél. : <i>06.96.54.45.96</i>		Total des frais engagés :	<i>668,00 Dhs</i>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : <i>05/10/2023</i>	Age : <i>52 Ans</i>		
Nom et prénom du malade : <i>EL BJAOUA ISLAOF</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Fracture Côte Gauche</i>		Pathologie : <i>Pathologie</i>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC			
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 : *CASA* Le : *06/10/2023*
Signature de l'adhérent(e) : *El Bjaoui Rachid*

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
17/11/2013	Opérations	1	60.00	Chirurgie Pédiatrique Hôpital d'enfants Harouchi Casablanca
18/11/2013	Opérations	1	60.00	Dr. BADRI Zineb Chirurgie Pédiatrique Hôpital d'enfants Harouchi Casablanca
27/11/2013	Opérations	1	40.00	

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
	10/11/83	P. B... P. 1000	112,00
	10/11/83	P. 1000	112,00
	10/11/83	P. 1000	112,00
	10/11/83	P. 1000	112,00

AUXILIAIRES MEDICALS

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le :

07/01/03

El Sayam Isk



Rx Amt G

7 (R+P)

Famie lepro fil pom
vein le dpholcet et
la decision therapeutique.

ORDONNANCE

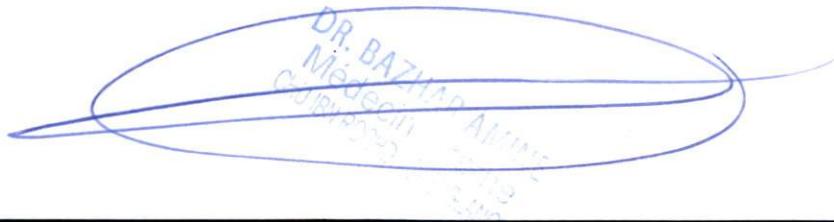
Le : 07/07/2023

ISL - ElBazam

Rx bas put le

Toulle G

(F-R)





Hôpital sans Tabac

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى الأطفال عبد الرحيم الهاروشي
Hôpital d'Enfants Abderrahim HAROUCHI



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 18 - 10 23

. N° d'entrée :

Nom du malade : Islaam Ellyasini N° d'entrée :
Service : O.T.P.

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REPONSE LABORATOIRE
<p>Rx ch Cœrd Gh</p> <p>Dr. Chirurgie t. Hôpital d'enfants</p>	<p>Fam profil</p> <p>RECIE DES NECETES SOUS 2</p> 

Médecin traitant

Rue Mohammed El Faidouzi - Casablanca
Tél. : 05 22 48 40 40 / 41 / 42 - Fax : 05 22 27 17 18 / 05 22 29 94 89
E-mail : direction@chucasa.ma - Web : www.chuibnrochd.ma

Le Chef de Laboratoire



المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى الأطفال عبد الرحيم العاروشي
Hôpital d'Enfants Abderrahim HAROUCHI



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

مستشفى بدون تدخين

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 18-10-2013

Nom du malade : El Bouni Hachem

N° d'entrée :

Service :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REONSE LABORATOIRE
Das Traudine. Le malade est FSC II Rx de la maladie gâté F/P	

Dr. BADRINE
Chef de Service
Médecin traitant
Hôpital d'Enfants Abderrahim HAROUCHI
Casablanca

Rue Mohammed El Faidouzi - Casablanca
Tél. : 05 22 48 40 40 / 41 / 42 - Fax : 05 22 27 17 18 / 05 22 29 94 89
E-mail : direction@chucasa.ma - Web : www.chuibnrochd.ma

Le Chef de Laboratoire

27/10/2023
plate

FORMALITES D'HOSPITALISATION

Hospitalisation programmée

Les malades ou leurs accompagnants doivent se présenter au bureau d'Admission munis des pièces suivantes :

- Le billet d'accord pour l'hospitalisation délivré par le médecin.

- Une pièce d'identité du malade ou de son accompagnant ou de son tuteur si le malade est mineur.

Et pour le règlement des frais d'hospitalisation:

- Soit une prise en charge par un organisme de prévention sociale ou une compagnie d'assurance pour les mutualistes.

- soit un certificat d'indigence pour les malades de niveau économique faible (ce certificat doit être établi au nom du père ou du tuteur si le malade est mineur.

En dehors de ces deux situations les malades doivent verser un compte de 750,00 Dhs en attendant le règlement de l'intégralité de la facture avant leur sortie du service hospitalier.

Hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation est effectuée immédiatement.

Le règlement des formalités administratives s'effectuera par la suite.

La sortie du malade ne peut se faire qu'après accomplissement de toutes les formalités susvisées.

نظام الاستشفاء

الاستشفاء المبرمج

يتعين على المرضى أو مرافقهم أو أولياء أمرهم إذا كانوا قاصرين أن يتقدموا إلى مكتب الدخول مصحوبين بالوثائق التالية :

- ورقة الاستشفاء مؤشر عليها من طرف الطبيب .

- بطاقة تعريف المريض أوولي أمره إذا كان قاصرا ولاده مصاريف الاستشفاء .

- إما شهادة تحمل نفقات مسلمة من هيئة تعاضدية أو شركة للتأمين بالنسبة للمؤمن عليهم .

- إما شهادة الاحتياج مسلمة للمريض ضعيفي الدخل أو لأولياء أمرهم إذا كانوا قاصرين .

فيما عند هاتين الحالتين يجب على المريض أو مرافقه

ولي أمره إذا كان قاصرا دفع مبلغ 750:00 كتسبيق وذلك في انتظار أداء المبلغ الاجتماعي لمصاريف الاستشفاء قبل مغادرة المريض للمستشفى .

الاستشفاء المستعجل

الاستشفاء يتم في حينه ويقوم المريض أو مرافقه أوولي أمره إذا كان قاصرا بتسوية ملف الاستشفاء قبل مغادرة المريض للمصلحة الاستعجالية .

لا يمكن خروج المريض من المستشفى حتى يتم استيفاء جميع الشروط المذكورة .



23/10/2023

Compteur

18-10-23

08h00

5'



المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى الأطفال عبد الرحيم الهاروشي
Hôpital d'Enfants Abderrahim HAROUCHI



Hôpital sans Tabac

IPPS: 505868

مستشفى بدون تدخين

Billet d'Admission N° 063558

N° d'admission SAUP : Date : 25/10/13

Service : OTP

Nom : Ellyasni Prénoms : Elshe

Fils ou fille de : et de :

Date de Naissance (Age) :

Lieu de Naissance :

Profession des Parents :

Ramed : Mutualistes : Payant :

Adresse Actuelle :

Tél. (1) : Tél. (2) :

Diagnostic d'entrée : FSC stade 2
plate BABP + HT utégrine + sensibilité
et de legs

RDV SE OTP des 10 ju

27/10/08h



Cachet et Signature
Le Médecin :

228336 J



02/10/23

ORDONNANCE

El bgaoui Idriss

1) Paracetamol 500 mg

لـ ٣١ ج

2) Nurofen 200 mg

لـ ٢٧ ج

DR. BAZHAR AMINE
Médecin Interniste
CHU IBN ROCHD CASABLANCA

نظام الاستشفاء

الاستشفاء المبرمج

FORMALITES D'HOSPITALISATION

Hospitalisation programmée

Les malades ou leurs accompagnants doivent se présenter au bureau d'Admission munis des pièces suivantes :

- Le billet d'accord pour l'hospitalisation délivré par le médecin.

- Une pièce d'identité du malade ou de son accompagnant ou de son tuteur si le malade est mineur.

Et pour le règlement des frais d'hospitalisation:

- Soit une prise en charge par un organisme de prévoyance sociale ou une compagnie d'assurance pour les mutualistes.

- soit un certificat d'indigence pour les malades de niveau économique faible (ce certificat doit être établit au nom du père ou du tuteur si le malade est mineur.

En dehors de ces deux situations les malades doivent verser un compte de 750,00 Dhs en attendant le règlement de l'intégralité de la facture avant leur sortie du service hospitalier.

Hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation est effectuée immédiatement.

Le règlement des formalités administratives s'effectuera par la suite.

La sortie du malade ne peut se faire qu'après accomplissement de toutes les formalités susvisées.

يعين على المرضى أو مرفاقهم أو أولياء أمرهم إذا كانوا قاصرين أن يتقدموا إلى مكتب الدخول مصحوبين بالوثائق التالية:

- ورقة الاستشفاء مؤشر عليها من طرف الطبيب.

- بطاقة تعريف المريض أو ولد أمره إذا كان قاصرا ولادة مصاريف الاستشفاء:

- إما شهادة تحمل نفقات مسلمة من هيئة تعاونية أو شركة للتأمين بالنسبة للمؤمن عليهم.

- إما شهادة الاحتياج مسلمة للمرضى ضعيفي الدخل أو أولياء أمرهم إذا كانوا قاصرين.

فيما عدا هاتين الحالتين يجب على المريض أو مرفاقه

وأمهه إذا كان قاصرا دفع مبلغ 750,00 كتسبيق وذلك في انتظار أداء المبلغ الإجمالي لمصاريف الاستشفاء قبل مغادرة المريض للمستشفى.

الاستشفاء المستعجل

الاستشفاء يتم في حينه ويقوم المريض أو مرفاقه أو ولد أمره إذا كان قاصرا بتسوية ملف الاستشفاء قبل مغادرة المريض للمصلحة الاستشفائية.

لا يمكن خروج المريض من المستشفى حتى يتم استيفاء جميع الشروط المذكورة.

Hôpital sans Tabac

IPPs 505848

مستشفي بدون تدخين

Billet d'Admission N° 063558

N° d'admission SAUP : Date : ٠٢/١٠/١٣

Service : OTP

Nom : Ellyasni Prénoms : Isha

Fils ou fille de : et de :

Date de Naissance (Age) :

Lieu de Naissance :

Profession des Parents :

Ramed : Mutualistes : Payant :

Adresse Actuelle :

Tél. (1) : Tél. (2) :

Diagnostic d'entrée : FSC stade 2

pleste BABL + HT utéro + sensibilité
et de degs.

RPV SE OTP des 10 jrs

Cachet et Signature
Le Médecin :

DR. BAZIAR AMINE
Medecin Infectiologie
CHU IBN ROCHD CASABLANCA



IBN ROCHD
Casablanca

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى الأطفال عبد الرحيم العروشي
Hôpital d'Enfants Abderrahim HAROUCHI



Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين

IPPS: 505868

Billet d'Admission N° 063558

N° d'admission SAUP : Date : 07/10/13

Service : DTP

Nom : El Sayakni Prénoms : Ibtisam

Fils ou fille de : et de :

Date de Naissance (Age) :

Lieu de Naissance :

Profession des Parents :

Ramed : Mutualistes : Payant :

Adresse Actuelle :

Tél. (1) : Tél. (2) :

Diagnostic d'entrée : FSC stade 2

RL de BABP HT hypotension

Mal de dos

PPV SE DTP des 10 jrs

ES-OR-8A

00180

1/2

Cachet et Signature
Le Médecin :

18-10-2013

BADRI Zinab
Hôpital d'enseignement et de recherche Casablanca
Chirurgie Pédiatrique

FORMALITES D'HOSPITALISATION

Hospitalisation programmée

Les malades ou leurs accompagnants doivent se présenter au bureau d'Admission munis des pièces suivantes :

- Le billet d'accord pour l'hospitalisation délivré par le médecin.
- Une pièce d'identité du malade ou de son accompagnant ou de son tuteur si le malade est mineur.

Et pour le règlement des frais d'hospitalisation:

- Soit une prise en charge par un organisme de prévoyance sociale ou une compagnie d'assurance pour les mutualistes.
- soit un certificat d'indigence pour les malades de niveau économique faible (ce certificat doit être établit au nom du père ou du tuteur si le malade est mineur.

En dehors de ces deux situations les malades doivent verser un compte de 750,00 Dhs en attendant le règlement de l'intégralité de la facture avant leur sortie du service hospitalier.

Hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation est effectuée immédiatement.

Le règlement des formalités administratives s'effectuera par la suite.

نظام الاستشفاء

الاستشفاء المبرمج

يتعين على المرضى أو مرافقهم أو أولياء أمرهم إذا كانوا قاصرين أن يتقدموا إلى مكتب الدخول مصحوبين بالوثائق التالية:

- ورقة الاستشفاء مؤشر عليها من طرف الطبيب.
- بطاقة تعريف المريض أو ولي أمره إذا كان قاصرا ولأداء مصاريف الاستشفاء.
- إما شهادة تحمل نفقات مسلمة من هيئة تعاونية أو شركة للتأمين بالنسبة للمؤمن عليهم.
- إما شهادة الاحتياج مسلمة للمرض ضعيفي الدخل أو لأولياء أمرهم إذا كانوا قاصرين.

فيما عدا هاتين الحالتين يجب على المريض أو مرافقه ولد أمره إذا كان قاصرا دفع مبلغ 750,00 كتبسيق وذلك في انتظار أداء المبلغ الإجمالي لمصاريف الاستشفاء قبل مغادرة المريض للمستشفى.

الاستشفاء المستعجل

الاستشفاء يتم في حينه ويقوم المريض أو مرافقه أو ولد أمره إذا كان قاصرا بتسوية ملف الاستشفاء قبل مغادرة المريض للمصلحة الاستثنائية.

La sortie du malade ne peut se faire qu'après accomplissement de toutes les formalités susvisées.

لا يمكن خروج المريض من المستشفى حتى يتم استيفاء جميع الشروط المذكورة.

18-10-23

08h00
V3

Radiographie :

Diagnostic & traitement :

Soins faits au SAUP :

N° Quittance

Rendez-vous le : / / à Heures

Au SAUP, Service de dispensaire : Pour

*Signature et Cachet
du Médecin*

Hôpital sans Tabac

N° Quittance

9129088

**CARTE D'ADMISSION
AU SAUP**

N°:

69

3408

N° Registre :

N° d'Ordre :

Date :

5/10/123

Heure :

H

mn

Nom et prénoms :

Age :

Adresse :

ISLAM ELOAOUA

2A

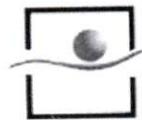
Poids : Kgs	Température : °c	Bandelette Urinaire	Albumine :
TA :	Dextro :	Sang :	Acétone :

Remarques :

Centre de Consultation des Urgences
Centre de Consultation des Urgences

Motifs de Consultation

- Accident de la Circulation
- Maladie
- Violence- Services
- Imprudence
- Intoxication



24/10/2023 à 12:33 Votre demande de rendez-vous a bien été enregistrée.

Demande de rendez-vous saisie :

Nom et prénom : EL BJAOUNI ISLAM

CINE de la mère : BB31508

Accompagnement : Mère

Adresse : CASABLANCA - Casablanca

Numéro de téléphone : 0670153178

Hôpital : Hopital d'enfants Abderrahim Harouchi

Service : Radiologie Pédiatrique

Le code de votre demande de rendez-vous est : **HE1633758XLBH**

Bon Rétablissement .

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

Quittance
Hôpital d'Enfants

Nº 235030

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Complément	
R. plts	
Total	210.00

Le : 27/11/12

Signature du
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital d'Enfants

N° 228334

Formation : *EK BZ bappt*

Reçu de M : *BZ Cachet*

La somme de : *172.00*

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>- Surt Re Cachet</i>	
Total	<i>172.00</i>

Le : *27/10/17*

Signature du
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Cag	625
Ra Conseil (Fad)	112'00
Total	172,00

Quittance
Hôpital d'Enfants

N° 225049

Le :

Signature du
Régisseur et Cachet

JR



**Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca**

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
.....
.....
Total

**Quittance
Hôpital d'Enfants**

N° 223793

Le :

Signature du
Régisseur et Cachet



Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital d'Enfants

Formation :

Reçu de M :

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
.....	60
.....	112,00
Total	172,00

Le

Signature du
Régisseur et Cachet

N° 223088