

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-616932

203786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7697**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

ABDALLAH EL RHASSOULI

Date de naissance :

09/03/67

Adresse :

Hadj FATH N° 79 OUL FAX CASA

Tél. : **0670716263**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/04/2024

Nom et prénom du malade :

Hosni Nore

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thrombopénie

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 : **30/04/24**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
15/01/2014			300,00 D.H.	INP :
				<i>DR. MOHAMED ZAID</i>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
FA 333	20/01/2014	100,00 D.H.
	20/01/2014	100,00 D.H.
	20/01/2014	100,00 D.H.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa DR. OTTHMAN AYOUCHE Radiologue	04/01/2014	041315250	100,00 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP :

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

A

Am 29.4.2018.
Am 29.4.2018.



وصفة طبية

Ordonnance

15.4.2024

Casablanca, le :

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr. BECHERI BOUH SAID
Directeur du Service - Hematologie
097 073 508
097 073 508

نº 40001 نورا

- Echographie Abdo
muso pelvis
- Splénomégalie ?
non palpable
- lithiasis Vésiculaire ?
- HTL ?

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr. BECHERI BOUH SAID
Directeur du Service - Hematologie
097 073 508
097 073 508

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 57 674 / 2024 du 15/04/2024

Nom patient : **HOUMI NORA**

Entrée 15/04/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	1,00		400,00 Sous-Total	400,00 400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400,00				400,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66
E-mail: service.radiologie@hckm.ma

CASABLANCA, le 15/04/2024

PATIENT : HOUMI NORA

IPP : H0124008359

DATE NAISSANCE : 14/08/1970

NUMERO DOSSIER : 2400862997

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

TECHNIQUE :

- Examen réalisé au niveau de l'abdomen à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine siège de microlithiases.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Microcalithiases calicielles droites non obstructives.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde

CONCLUSION :

Echographie abdomino-pelvienne en faveur d'une vésicule biliaire micro lithiasique.

Microcalithiases calicielles droites non obstructives.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr AYOUCHE**

Dr OTMAN AYOUCHE
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Bordeaute

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces

874027

IPP :

N° D'admission : 2100862992 Montant : 600 Dh

Patient :

Payé par :

Cachet



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 15/04/2024
Numéro : 57 570



090061862

Nom patient : HOUMI NORA

Médecin : PR. BENCHEKROUN SAID
Hématologie

2400862888

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEMATOLOGIE	300,00

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





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces

874175

IPP :

N° D'admission : 2100862888 Montant : 200000

Patient : Housni Nore

Payé par : 30677 eims

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 15/04/2024

Quittance - Paiement espèces

874175

IPP :

N° D'admission : 21000862888 Montant : 300 DH

Patient : Housseini Nour

Payé par : 300 DH en

Cachet

