

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 concernant 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, 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 feuille de soins doit être accompagnée des résultats des analyses ou du compte rendu (pour les confidentiels) doivent être jointes à la demande médicale pour toute demande de remboursement.
- En pharmacie, au laboratoire ou chez le spécialiste, les médicaments ou analyses doivent être remboursés par le médecin conseil de la Mutuelle.

Optique :

- La feuille de soins doit être accompagnée de la facture de l'opticien ou du fabricant de la feuille de soins.

Rééducation :

- La feuille de soins doit être accompagnée de la facture de l'organisme de rééducation ou de la facture des séances de rééducation.
- En cas de rééducation, la feuille de soins doit être accompagnée des documents justificatifs relatifs à la demande de rééducation.

Dentaire :

- En cas de prothèse ou de traitement canalaire, 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 feuille de soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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



Declaration de Maladie

N° W19-521616

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7389 Société : W19-521616

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RADI HAMID

Date de naissance : 01/01/65

Adresse : NAF A 1 IM 2 N°3 DULFA

Tél : 0661 381200

Cadre réservé au Médecin

Libellé du motif :

Date de consultation : 13 JUL 2020

Nom et Prénom du malade : RADI HAMID

Sexe du malade : ☐ Masculin ☐ Féminin

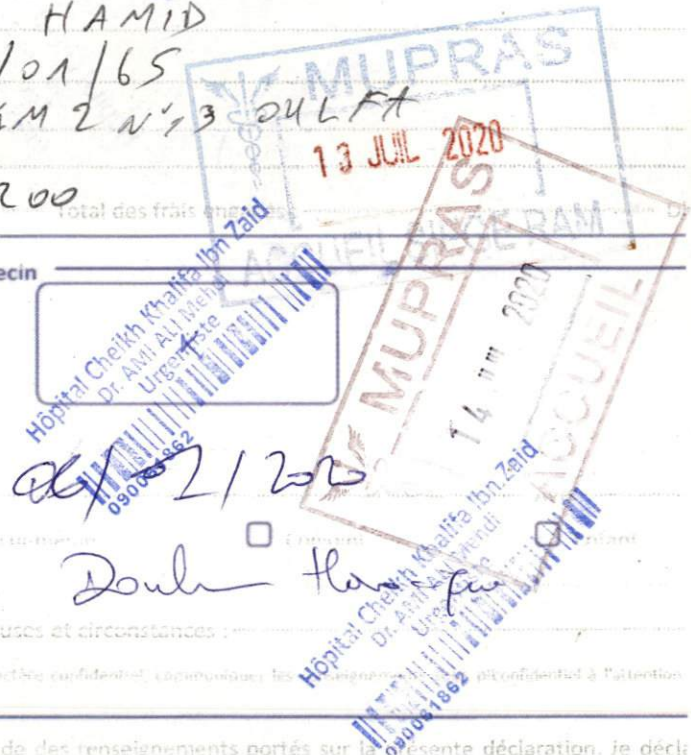
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Remarque en cas de maladie chronique ou caractère confidentiel, l'adhérent doit signer la feuille de soins et la transmettre au 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 : 14 JUL 2020

Signature de l'adhérent(e) : Douh Hamid



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
06 01 2020	Vai Fiche n° 1630		636,14 DH	INP : Zaid

EXECUTION DES ORDONNANCES	
N° du Pharmacie du Fournisseur	Date
Pharmacie S.A.C. C.O.M. R.B.H. El Oualaa Magasin N° 1 Hay Hassani Tél: 879-72-00 - CASA	6/11/2006
	Montant de la Facture 158,50

[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODI																																								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>																																				
				Coefficient des Travaux																																				
				Montants des Soins																																				
				Début d'exécution																																				
				Fin d'exécution																																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																							
	<table border="1" style="margin: auto; font-size: small;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td> </td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td> </td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td colspan="2"></td> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td> </td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td> </td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H			25533412			21433552		00000000			00000000		D			G			00000000			00000000		35533411			11433553				B			Coefficient des Travaux
			H																																					
	25533412			21433552																																				
	00000000			00000000																																				
	D			G																																				
	00000000			00000000																																				
	35533411			11433553																																				
			B																																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج - تكوين - بحث



وصفة طبية Ordonnance



2000163592 / 160727183216MA

Prénom : Latifa

Nom : JANATI IDRISI

DDN : 30/10/1977 E: 06/01/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

NEOVIMAG

MAGNÉSIUM MARIN - VIT.B6

300mg

Lot : NVM11

A consommer avant le : 07/2022

PPC: 84.50 DH

29.10

1/ Stress ————— 5/24/23



12x4.

84.10

2/ Nevi —————



Lot : 3133
Mfg: 1 2019
EXP.: 01 2022
BIOCOEX MAROC PPV : 74,00 DH

4/ 12/11/23



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Amal Al-Bachdi

158.50

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

Casablanca le

JAMA D DOMINE
ADFA
05/11/2020

BILAN

BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Hémato/Hémostase :

☐ NFS - Pq

☐ Groupage - Rhésus

☐ RAI

☐ TP - TCK

☐ INR

☐ D-DIMERES

• Bilan Infectieux

☐ CRP

☐ VS

☐ ECBU

☐ Hémoculture

☐ PCT

• Bilan Métabolique

☐ Ionogramme sanguin

☐ Urée - Créatinémie

☐ Glycémie

• Bilan Hépto-pancréatique :

☐ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☐ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☒ Troponines

☐ BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Amal Al Hachimi
Urgences
162

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 1 630 / 2020 du 06/01/2020

Nom patient : JANATI IDRISSE LATIFA

Entrée 06/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 06/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0250	300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
PHARMACIE	1,00		36,14	36,14
			Sous-Total	36,14
Total Frais Clinique				636,14

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENT TRENTE-SIX DIRHAMS QUATORZE CENTIMES	Total 636,14

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			636,14		636,14	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

29/05/2020
12:32

Nom Patient : JANATI IDRISSE LATIF

Numéro dossier : 2000163592

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
06/01/2020	INTRANULE G 20	795259	1,00	1,82	1,82
06/01/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	795259	1,00	5,20	5,20
06/01/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	795259	1,00	18,80	18,80
06/01/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	795259	1,00	0,44	0,44
06/01/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	795259	1,00	1,17	1,17
06/01/2020	MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)(1)	795259	1,00	7,87	7,87
06/01/2020	SERINGUE 10ML	795259	1,00	0,84	0,84
Total pharmacie					36,14

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIENT****1004740**

2000163592

29/05/2020

12:32

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
06/01/2020	2000163592	LIMS	Troponine I ultrasensible	1	1,20	300,00
Total						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@ickm.hek.ma
N°INP 090061862



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

06/02/2020

Jawad Zouhair LADFA

Frei

ECG

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. Ali ALI Wajidi
Urgence
39036 1662



2000163592 / 160727183216MA

Prénom : Latifa

Nom : JANATI IDRISSE

DDN : 30/10/1977 E: 06/01/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

08/01/2020 07:18:59

FC: 103 bpm

PR: 152 ms

QRS: 88 ms

QT/QTcH: 336/411 ms

QTcB: 440 ms

QTcF: 402 ms

Rv5-6/Sv1 : 0.86/0.69 mV

Sok-Lyon : 1.55 mV

Axe: 64/67/13 °

Tachycardie sinusale avec CAP(s)

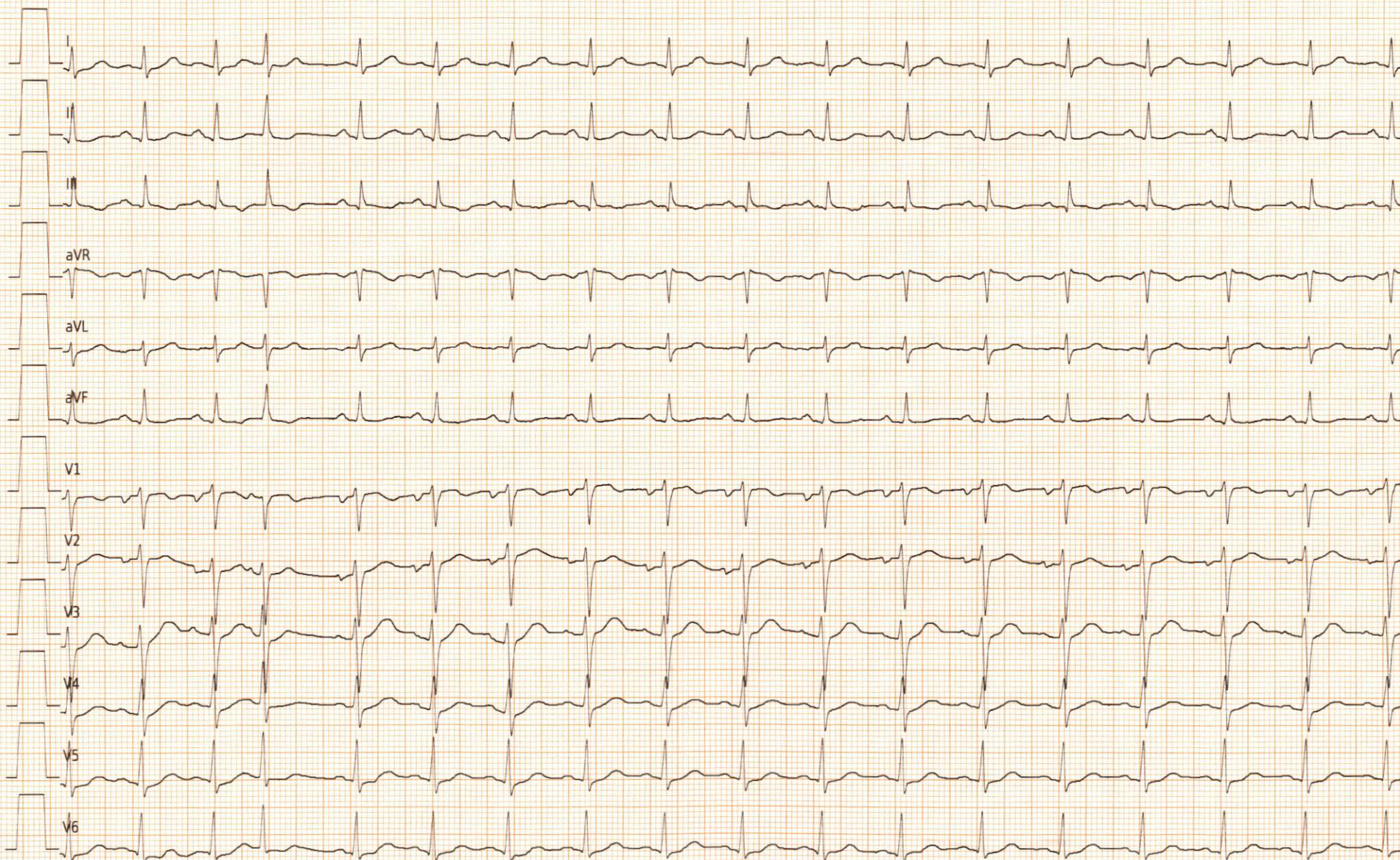
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

ECG normal à l'exception de la fréquence

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Technicien :

Commentaires :





2000163592 / 160727183216MA

Prénom : Latifa

Nom : JANATI IDRISSE

DDN : 30/10/1977 E: 06/01/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

08/01/2020 07:19:35

FC: 98 bpm

PR: 158 ms

QRS: 88 ms

QT/QTcH: 336/403 ms

QTcB: 429 ms

QTcF: 396 ms

Rv5-b/Sv1 : 0.84/0.74 mV

Sok-Lyon : 1.59 mV

Axe: 59/64/15°

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexu du patient ---

ECG normal

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Technicien :

Commentaires :

