

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses 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 radio-après 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

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 068821 Société : R.A.M 54392

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : ABDELLAOUI Choussine

Date de naissance :

Adresse : Fl, H2j Fatah, Appt. 1 CASABLANCA

Tél. : 0664 738897 Total des frais engagés : 1018,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : HOUKAIMI Bouchra Age:

Lien de parenté :

 Lui-même **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie :

traumatisme fermé QI (cheveu)

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 : CASABLANCA

Le : 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/01/2021	Traitement	300	61,75	DR. KAWA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. KAWA	07/01/2021	156,90

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. KAWA	07/01/2021		500

AUXILIAIRES MEDICAUX

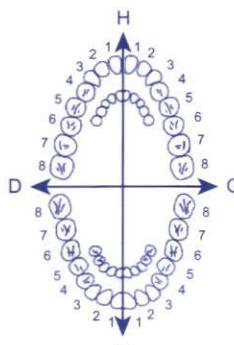
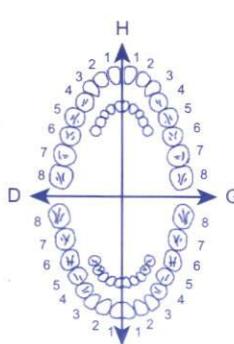
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	

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

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 00000000	G 21433552 00000000 00000000	B 35533411 00000000 11433553	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'EXECU

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

05/01/2021



2100290204 / 151027163407IK

Prénom : BOUCHRA

Nom : HOUKAIMI

DDN : 31/05/1968 E: 05/01/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

1^o | Dzzen Cp
42.80 1cp x 37j pdt 05 jhs

2^o | EDD sium 20 mg Cp
86.90 1cp/8r fe med sin e' jeli

Codoliprone Cp
1cp x 37j pdt 05 jhs

22.20 3^o
156.90

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : HOUKAIMI BOUCHRA	N° Facture:	727	2100290204	
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant	
ANDOL 1g Injecta (01)	1	18,80	18,80	
Sous-Total médicaments			18,80	
BANDE DE CREPE 10 CM	4	6,30	25,20	
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	2	2,91	5,82	
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,21	1,21	
INTRANULE G 20	2	1,82	3,64	
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,69	5,69	
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84	
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,55	0,55	
Sous-Total consommable médical			42,95	
		Total pharmacie		61,75



 Signature: "Hôpital Chérif Khéfach" and "Admission C1862" are written vertically on the left side of the oval.

Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 73
 contact@ckm.ma

Email: contact@ckm.ma
 Tel: 05 29 00 44 77
 Fax: 05 29 03 53 95

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : **727 / 2021** du **05/01/2021**

Nom patient	HOUKAIMI BOUCHRA	Entrée	05/01/2021
	PAYANTS	Sortie	05/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie Genoux face et shuss	1,00		250,00	250,00
- Radiographie Cheville F et P	1,00		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
PHARMACIE	1,00		61,75	61,75
			<i>Sous-Total</i>	61,75
Total Clinique				861,75

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	HUIT CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE-QUINZE CENTIMES	Total	861,75

Hospital Chethanji
Admission No. 600000000000000000
Date: 19/08/2023
Tel.: 0529004433
Fax: 0529003333
Email: contact@chethanji.com
NINP Number: 000000000000000000
Hospital Chethanji

Coller Etiquette De BAF



N 2100290204 / 151027163407IK
 Prénom : BOUCHRA
 Nom : HOUKAIMI
 DDN : 31/05/1968 E: 05/01/2021
 Service : URGENCES (NA)



PAYANT
 Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : 53

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

femme âge de 53 ans (Epine du talon gauche)
 chute de sa planche (genou droit + cheville gauche)

• **RADIO STANDARD :** Genou droit + Cheville gauche

FACE

PROFIL

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Tel: 05 29 44 45
 Fax: 05 29 44 47
 Email: contact@hukm.ma

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER** :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• **IRM** :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

urgences
 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 MAAROUF IDRIS
 Médecin Interne
 000061062

Casablanca , le 05/01/2021

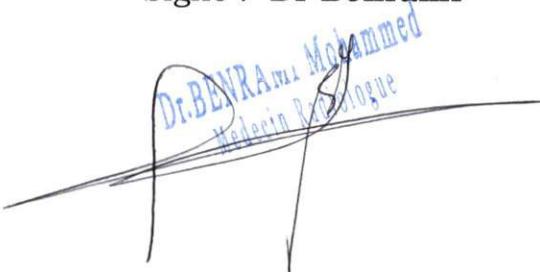
PATIENT : **HOUKAIMI BOUCHRA**
 MEDECIN TRAITANT :
 EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou DT F+P**

Résultat:

- Respect de la minéralisation osseuse.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique nettement décelable.
- Respect des interlignes articulaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**



Dr.BENRAMI Mohammed
Médéric Radiologue

Casablanca , le 05/01/2021

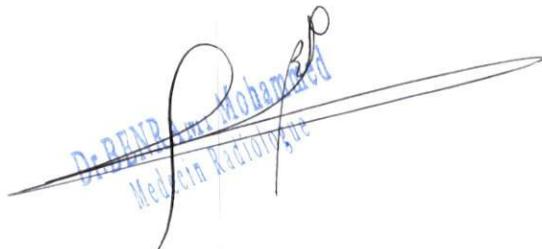
PATIENT : HOUKAIMI BOUCHRA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Cheville G F+P

Résultat:

- Respect de la minéralisation osseuse.
- Épine calcanéenne.
- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique nettement décelable.
- Respect des interlignes articulaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. BENRAMI" followed by a name in Arabic script. A blue ink watermark or stamp is visible across the signature, containing the text "Dr.BENRAMI Mohamad" and "Medecin Radiologue".

Date : 04 / 01 / 2011

Quittance - Paiement espèces

0534367

IPP :

N° D'admission : Montant : 800.00

Patient : Bouchra Hou Kaimi

Admission Facultative
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 03 53 47
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : info@hckh.ae

Date : 01/01/2021

Quittance - Paiement espèces

0534372

IPP :

N° D'admission : Montant : 61,95

Patient : Bouchra H. El K.

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **HOUKAIMI BOUCHRA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **NOUSSAIR MUSTAPHA**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **05/01/2021**

Date sortie **05/01/2021 01:19**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : MOH.RHO 05/01/2021 02:18 2100290204

MOH.RHO
Tél.: 05 29 02 45
Fax: 05 29 02 477
E-mail: mohamed.rho@chm.ma