

# 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.

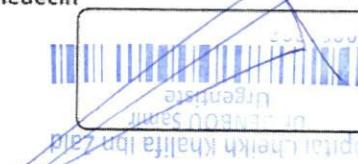
N° W21-667232

97691

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7617</b>	Société : <b>La RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HILMI LAILLA</b>			
Date de naissance : <b>21/07/1978</b>			
Adresse : <b>Rue 187, N° 39, Gasp F, Oulfa Casab</b>			
Tél. : <b>06 91 94 32 25</b>	Total des frais engagés : <b># 2988,17 #</b>		

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : .....

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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : .....

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
18 M 2021	Voir facture		2809,61	INP:
	N° 13824211021			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARAJI JAN 15 HARAJI JAN 15 Document Pharmacie Tel : 022.93.28.43 - Fax : 022.93.28.43</i>	<i>18/1/2011 M 2011</i>	<i>AF 18</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### 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 tenu 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18) M( 2021

87079<sup>me</sup>, HILMI LAILT  
Hospitale CHUCA BO  
Dr. Béatrice BO  
Urgent 0906149067  
0906149067

④ Rebaixi 300mg  
39921 getij t.b.m. p.MR  
smr

⑤ Kalmahan  
52,8 Stepe 21  
p.MR ✓ J

⑥ Oestris 25mg  
getij themati p.MR 07  
188,8

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP. 82403 Casa Oum Kabbé Casablanca • Maroc  
**Tél :** +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**

# Relaxium®

---

## B6

300 mg



1 gélule par jour

magnésium  
vitamine B<sub>6</sub>

COMPLEXE RELAXANT



LOT: 210347  
DLUO: 09/2024  
87,00 DH

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

146-147 Zi. Tif Mellili - Casablanca

# Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil



Boîte de 15 gélules  
Voie orale

LOT: 210322  
DLUO: 06/2024  
39,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J. OUAIDI Pharmacien Responsable

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique

146-147, Zone Industrielle  
Tit Mellil - Casablanca

LOT 201587  
EXP 05/2023  
PPV 52.80DH

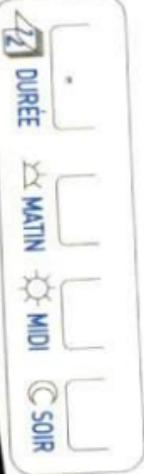
OEDES®  
oméprazole



20 mg  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



COOPER PHARMA



Coller Etiquette De R.A.F

2100424364 / H0121032563

Prénom : LAILA

Nom : HILMI

DDN : 11/07/1978 E: 18/11/2021

Service : URGENCES (NA)



Sexe: F

## BILAN

### RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

ATG H1A non léninéaire : Ressentie des crampes de tout d'abord il y a un temps d'apparition récente < 1H.

• RADIO STANDARD : .....

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Casablanca , le 18/11/2021

PATIENT : HILMI LAILA

EXAMEN(S) REALISE(S) :

### IRM CEREBRALE

**INDICATION :** HTA mal contrôlée, paresthésies gauches

**TECHNIQUE :**

- Acquisitions avec une IRM 1.5 par des coupes dans les 3 plans en séquences de diffusion, T1, T2, Flair et EG sans injection du produit de contraste.

**RESULTATS :**

o **A l'étage sus tentoriel :**

- Absence d'anomalie morphologique ou de signal de la substance blanche et de la substance grise notamment pas de foyer d'AVC décelable en flair ou diffusion.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- Structures médianes en place.
- Absence de collection intra acraniennes

o **A l'étage sous tentoriel :**

- Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane non dilatée.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.

**CONCLUSION :**

**IRM cérébrale sans anomalie notable.**

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Dr LAFHEL Sarah**



DR. SARAH LAFHEL  
RADIOLOGUE

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : **138242 / 2021** du **18/11/21**

Nom patient	<b>HILMI LAILA</b>	Entrée	<b>18/11/21</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>18/11/21</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- IRM cérébrale	1,00		2 500,00	2 500,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>2 800,00</b>
PHARMACIE	1,00		9,61	9,61
			<i>Sous-Total</i>	<b>9,61</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>2 809,61</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENT NEUF DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES	<b>Total</b>	<b>2 809,61</b>

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **138 242 / 2021** du **18/11/21**

Nom patient : **HILMI LAILA**

Entrée **18/11/21**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **18/11/21**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- IRM cérébrale	1,00		2 500,00	2 500,00
			Sous-Total	2 800,00
<b>PHARMACIE</b>				
	1,00		9,61	9,61
			Sous-Total	9,61
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 809,61</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENT NEUF DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES

**Total** **2 809,61**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	<b>2 809,61</b>	<b>2 809,61</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : SG//8259460/

The blue circular stamp contains the following text:

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862  
E-mail: hckz@chmkh.mhd.ma  
Site: www.chmkh.mhd.ma

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

18/11/2021  
02:37Nom Patient : **HILMI LAILA** Numéro dossier : **2100424364**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
18/11/2021	NICARDIPIINE A 10mg/10ml Injecta (10)(1)	1177006	1,00	9,61	9,61
<b>Total pharmacie</b>					<b>9,61</b>

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 03 29 03 53 65  
Fax: 03 29 00 44 77  
Email: ddpharmacie@chmk.ma  
www.chmk.ma



CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 21111802365881901 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100424364	HILMI LAILA	18/11/21

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	SG//8259460 KARMOCH YOUSSEF	2 809,61
PAYANT	Total payé	2 809,61
DEUX MILLE HUIT CENT NE		

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
E-mail : contact@ckdm.hci.ma  
Fax : 0529 00 44 77  
Tel : 0529 03 53 45  
Tél : 0529 00 44 77  
www.ckdm.hci.ma