

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## Dentaire :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MJAIBOUNAZZA

107277

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : 0ULFA Rue 109 N°1

Tél. : 0668555640

Total des frais engagés : 7541,47

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme

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 : 25/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : Zaynab

## 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
24/02/2021	Visite à domicile	✓ 24038	12545	Capital Chaitkhana Dr. B. S. Sami Urgentiste

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adionction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The diagram includes directional markers: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 25/02/2022

Quittance - Paiement espèces

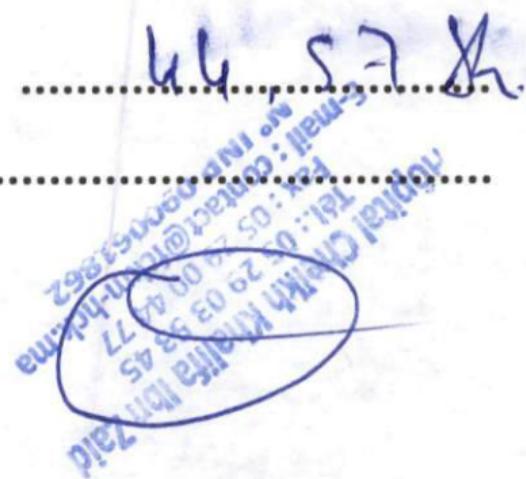
0646472

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : .....

Patient : M. J. A. T. : F. A. O. N. Z. I. A. ....

Cachet





Date : 04/01/2022

Quittance - Paiement espèces

0641641

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 710 DA .....

Patient : ..... Mijati Farouq Zaid .....

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Tél.: 05 9 03 53 45  
Fax : 05 9 00 44 77  
E-mail : contact@ickm.hckr.ae  
N° INP 00061862



2200467695 / H0122005407

Prénom : FAOUZIA

Nom : MJATI

DDN : 10/01/1957 E: 24/02/2022

Service : URGENCES (NA)



Sexe: F

# BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Thrombose du bassin

### • RADIO STANDARD : 1/ B.A.SIN

FACE

PROFIL

29

femur

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Tél: 05 29 0 65 77  
Fax: 05 29 0 65 77  
Email: contact@hukh.ae

Giche

### • ECHOGRAPHIE :

### • SCANNER :

Avec injection  Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive  négative

### • IRM

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences



## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : FAOUzia MJAÏT, ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Fracture pertrochantérienne droite

TRAITEMENT PROPOSE :

Chirurgie

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 25/10/2011

Cachet et Signature du Médecin

CASABLANCA, le 24/02/2022

PATIENT : MJATI FOUZIA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX BASSIN F et Rx HANCHE GAUCHE F/P**

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur gauche: fracture pertrochantérienne

Epaississement des parties molles en regard

Articulation coxo fémorale droite et sacro iliaque de morphologie normale.

Sacro iléite bilatérale

Pubarthrose

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr IBRAHIMI**

Dr. IBRAHIMI Manal  
Radiologue

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.fclm.ma](http://www.hck.fclm.ma)

CASABLANCA, le 27/02/2022

PATIENT : **MJATI FAOUZIA**

MEDECIN TRAITANT :

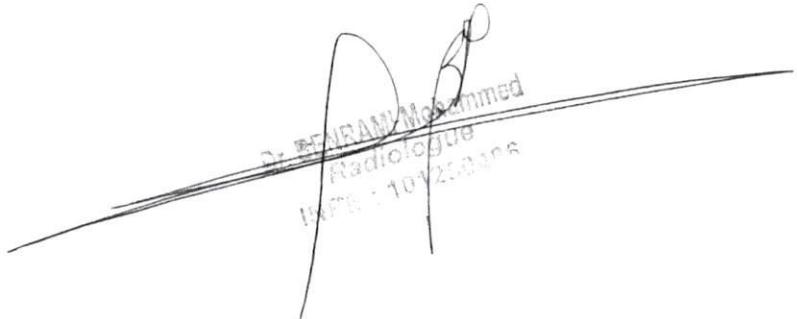
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Rx Fémur gauche F/P + Rx Bassin F**

### **Résultat:**

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Matériel d'ostéosynthèse en place pour la fracture perthrochantérienne du fémur gauche.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**



Dr BENRAMI Mohammed  
Radiologue  
N°CP : 101210006

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 24038 / 2022 du 25/02/2022

Nom patient	<b>MJATI FAOUZIA</b>	Entrée	24/02/2022
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	25/02/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Radiographie du bassin sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Radiographie du fémur sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	1,00		50,00	50,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>710,00</b>
PHARMACIE	1,00		<b>44,57</b>	<b>44,57</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>44,57</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>754,57</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS CINQUANTE-SEPT CENTIMES	Total	754,57

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
E-mail : [coordonnées@hckm-hbch.men](mailto:coordonnées@hckm-hbch.men)

## LISTE DES PRODUITS CONSOMMES PAR LE PATI

MJATI FAOUZIA

2200467695

Date	Produit	Nº BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1238748								
24/02/2022 ACUPAN 20mg Injecta (05)	1238748	0	1		10.18	10.18	URGENCES	C
24/02/2022 CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1238748	0	1		2.23	2.23	URGENCES	C
24/02/2022 COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT	1238748	1	0		1.21	1.21	URGENCES	C
24/02/2022 INTRANULE G 20	1238748	1	0		1.43	1.43	URGENCES	C
24/02/2022 PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECT	1238748	1	0		22.50	22.50	URGENCES	C
24/02/2022 PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINE	1238748	1	0		2.44	2.44	URGENCES	C
24/02/2022 SERINGUE 10ML	1238748	1	0		0.65	0.65	URGENCES	C
24/02/2022 TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECB	1238748	1	0		0.17	0.17	URGENCES	C
<b>S/total Produit</b>		<b>6</b>	<b>2</b>		<b>40.81</b>			
1238774								
24/02/2022 MORPHINE SOTHEMA 10mg Injecta (10)	1238774	0	1		3.11	3.11	URGENCES	C
24/02/2022 SERINGUE 10ML	1238774	1	0		0.65	0.65	URGENCES	C
<b>S/total Produit</b>		<b>1</b>	<b>1</b>		<b>3.76</b>			
<b>Total consommation</b>							<b>44,57</b>	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 09 29 00 44 77  
 Fax: 09 29 00 44 77  
 Mail: contact@hckm-hab.m