

## 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 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.

N° W21-671007

113052

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>6240</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>SRHIER OUADI</b>
Nom & Prénom : <b>SRHIER OUADI</b>			
Date de naissance : <b>14-06-1960</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0633058153</b> Total des frais engagés : <b>372 Dhs</b>			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Hôpital Universitaire International Casablanca            Pr. RABII Redouane            Urologie Transplantation-Recouvrement            0510227700         </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>25/04/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>SRHIER OUADI</b> Age : <b>62</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Infection urinaire</b>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) : **SRHIER**

Le : **15/04/2022**

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
25/04/22	S	C-T		INP : 091037705 Hôpital Universitaire de Reims - Urologue et transplantateur de rein
29/04/22	CS	CT		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA DR. BOURGOGNE 34, Rue Idriss Jammal Casablanca Tél: 0522 20 90 44	15/04/22	192,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ELABO TAFIDUAR Tél: 0529 09 02 33	15/04/22	B0150	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000009</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000009	00000000		35533411	11433553	B											
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
	00000009	00000000																							
	35533411	11433553																							
B																									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000009</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000009	00000000		35533411	11433553	B											
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
	00000009	00000000																							
	35533411	11433553																							
B																									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000009</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000009	00000000		35533411	11433553	B											
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
	00000009	00000000																							
	35533411	11433553																							
B																									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DEBUT D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FIN D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="3">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> </table>	COEFFICIENT DES TRAVAUX			MONTANTS DES SOINS			DEBUT D'EXECUTION			FIN D'EXECUTION			COEFFICIENT DES TRAVAUX			MONTANTS DES SOINS			DATE DU DEVIS			DATE DE L'EXECUTION		
COEFFICIENT DES TRAVAUX																									
MONTANTS DES SOINS																									
DEBUT D'EXECUTION																									
FIN D'EXECUTION																									
COEFFICIENT DES TRAVAUX																									
MONTANTS DES SOINS																									
DATE DU DEVIS																									
DATE DE L'EXECUTION																									

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 15/04/2022

Monsieur SRHIER

OUADI

102.0 - Pyoxtacine Soowf

02 Gr le matin  
02 Gr le soir

X 10 J.



PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. S. T. Naciri  
34, Rue Hassan Jaffar - Bourgogne  
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. EL FATHMI ABDELATIF  
Médecine physique et réadaptation  
0522 20 90 44

11017077

NPE 09/103 277

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

٢٥/٠٤/٢٠٢٢  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr RABI Redouane  
Urologie-Transplantation-Repaie  
M<sup>r</sup> SFRHIER OUMA

ECBUTAT

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr RABI Redouane  
Urologie-Transplantation-Repaie  
www.hck.ma  
e-mail : labo@hcm-hck.ma  
Tél : 0529.05.02.33  
Laboratoire de Biologie Clinique

## Reçu de caisse

N° : 22041513555423201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200490650	SRHIER OUADI	15/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8694	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRH		

Reçu établi par : SALJAR

Journal de Référence  
15/04/2022 19:05:02.33  
SALJAR

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 47285 / 2022 du 15/04/2022

Nom patient	SRHIER OUADI	Entrée	15/04/2022
	PAYANTS	Sortie	15/04/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0150	180,00	180,00
Total Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		
0006240	SRHIER OUADI	
	20221040015032	

Centre National de Recherche  
Tél: 05.29.05.02.33  
e-mail : labo@cenrcn.dz



Client bioMéneux :

## LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE

## Rapport graphique

Imprimé 17 avril 2022 20:35:27 WET

Nom du patient : SRHIER , Ouadi  
Lieu :  
ID labo : 22043026ID du patient : 22043026  
Médecin :  
Numéro d'isolat : 1Numération : >1000<10 000 cfu/mL  
**Germe sélectionné : Enterobacter cloacae complex**  
Site d'infection CC: Urine

Prélevé :

Commentaires :					
	Souche productrices de bêta-lactamases à spectre élargi ( BLSE )				
Informations sur l'identification	Heure de l'analyse :	4,83 heures	État :	Final	
Germe sélectionné	91% Probabilité	Enterobacter cloacae complex			
Commentaires sur l'Ident.					

Résultats Antibiogramme	Heure de l'analyse :	9,22 heures	État :	Final
Antibiotique	CMI	Interprétation	Antibiotique	CMI
Ampicilline			Ertapénème	1
Amoxicilline/acide clavulanique			Imipénème	0,5*
Urine	>= 32	R	Amikacine	<= 2
Ticarcilline	>= 128	R	Gentamicine	<= 1
Pipéacilline/tazobactam	>= 128	R	Ciprofloxacine	<= 0,25
Céfalexine	>= 64	R	Tigecycline	
Céfoxitine	>= 64	R	Fosfomycine	
Céfotaxime	>= 64	R	Triméthoprime/sulfaméthoxazole	<= 20
Ceftazidime	>= 64	R		

\*= Modification AES \*\*= Modification Utilisateur

Résultats AES	
Fidélité :	Concordant après correction