

# 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

- 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.

**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



# Déclaration de Maladie

N° P19-0027027

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6836 Société : A21633  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : OUKAÏN MUSTAPHA  
Date de naissance : 17.09.1954  
Adresse : 251 LOTISSEMENT ALLY MOUNE CASABLANCA  
Tél. : 0661 502 83 Total des frais engagés : 1203,79 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : AHNA Age:  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : colapstie fonctionnelle  
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 : 25/06/2022  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-06-2022	335,90

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



28 10  
Lot:  
EXP:  
PPV (DH):

وصفة طبية  
**Ordonnance**

NEOFORTAN<sup>®</sup> 160 mg  
PPV 98DH80  
EXP 12/2024  
LOT 10044 6

Casablanca, le :

LOT 210611  
EXP 12/2023  
P.PV 140.00DH



2200522983 / 160513145442ME  
Prénom : ZAHRA  
Nom : RAHIOUI  
DDN : 04/04/1955 E: 25/06/2022  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

LOT: 220356  
DLUO: 02/2024  
69.00DH

~~1) Nefortan 160mg 1p x 3 / 06m~~  
~~2) Probiotix 69.00 1p x 2 / 06m~~  
~~3) Deshomyl 140.00 1p x 1 / 06m~~  
~~4) Doflame 180.00 1c x 3 / 06m~~  
**335,90**

PHARMACIE AL JABBAR  
Lissasfa 1 Rte El Jadida  
Casablanca  
Tél: 05 22 00 16 00



CASABLANCA, le 25/06/2022

PATIENT : RAHIOUI ZAHRA

## ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

### TECHNIQUE :

- Examen réalisé au niveau de l'abdomen et du pelvis à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

### RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu trans sonique pur.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ni endoluminale.
- Utérus de taille normale, d'échostructure homogène avec une ligne de vacuité fine et médiane.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde

### CONCLUSION :

- **Echographie abdomino-pelvienne normale.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BERROUYNE**  
**Dr. BERROUYNE ABDELALI**  
Médecin Radiologue



091250399

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.fckm.ma



Fondation  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
ROYAUME DU MAROC

Coller Etiquette De RAS



Nom

2200522983 / 160513145442ME

Prénom : ZAHRA

Nom : RAHIOUI

DDN : 04/04/1955 E: 25/06/2022

Service : URGENCES (NA)

Casal



PAYANT  
Sexe: F

# BILAN ADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Douleur abdominale de HPD  
aigue. LV?

• RADIO STANDARD : .....

FACE  PROFIL

• ECHOGRAPHIE : ..... Abdomino pelvienne

• SCANNER : .....

Avec injection  Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive  négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 79642 / 2022 du 25/06/22

Nom patient	RAHIOUI ZAHRA	Entrée	25/06/22
	PAYANTS	Sortie	25/06/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
PHARMACIE	1,00		67,89	67,89
			<i>Sous-Total</i>	67,89
<b>Total Clinique</b>				<b>867,89</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
HUIT CENT SOIXANTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGT-NEUF CENTIMES	<b>Total 867,89</b>

  
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 03 53 45  
 Email : contact@hkhz.gov.ma

## ANNEXE PHARMACIE

<b>Nom patient : RAHIOUI ZAHRA</b>	<b>N° Facture 79 642</b>	<b>2200522983</b>
------------------------------------	--------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1	2,23	2,23
NO SPA 40mg Injecta (05)	1	4,24	4,24
OMEPRÁZOLE N 40mg Injecta (01)	1	29,90	29,90
PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	1	22,50	22,50
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>58,87</b>
INTRANULE G 20	1	1,43	1,43
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,86	5,86
SERINGUE 10ML	1	1,56	1,56
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,17	0,17
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>9,02</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>67,89</b>

  
 Hôpital (L) ...  
 Tel.: 05 29 29 29 29  
 Fax: 05 29 29 29 29  
 E-mail: contact@hospital.ma