

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5372

Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : GHOZLANI MOUZ DINE

Date de naissance :

Adresse : Lotissement HAFIZ FATEH Lot 21 1<sup>er</sup> Etage

OLFA et SA

Tél. : 066 9180 300 Total des frais engagés : 831 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2022

Nom et prénom du malade : BOUBRAK AMINA Age : 54

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Traitement de l'épouse

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 : 02/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ghz

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
01/07/21	✓ T Fait	N° 96 283	589,40 DA	Centre International de ASSAIR MUSTAPHA ERVICE URGENCES SA TILLEUR
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				

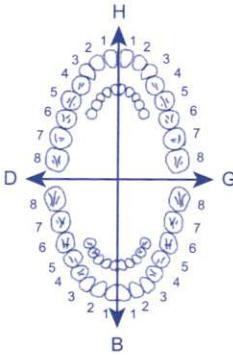
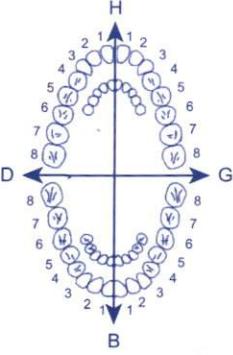
EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
11/08/2023	Montant de la Facture 30210

# 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 de l'ODF.

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	21433552	
		D	00000000	00000000	
		B	00000000	00000000	
		G	35533411	11433553	
		H	25533412	21433552	
		D	00000000	00000000	
		B	00000000	00000000	
		G	35533411	11433553	
	(Création, remont, adjonction)				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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'EXECUTION					

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

04/08/2022

2200539513 / H0119005327  
Prénom : Amina  
Nom : BOUBRIK  
DDN : 25/08/1967 E: 01/08/2022  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

BRA epanu gba

El. 5/12/2022  
Signature



Casablanca, le 01/08/2022

IPP : H0119005327

NDA : 2200539513

PATIENT : BOUBRIK Amina

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Epaule F+P**

### **Rx EPAULE GAUCHE F/P**

Absence de solution de continuité osseuse décelable

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulo humérale de morphologie normale.

Espace sous acromial conservé

Absence de calcification des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr LAFHEL Sarah

Dr. SARAH LAFHEL  
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.fckm.ma](http://www.hck.fckm.ma)

Coller Etiquette De RAF



2200539513 / H0119005327

Prénom : Amina

Nom : BOUBRIK

DDN : 25/08/1967 E: 01/08/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN

## RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Suspicion d'infarction  
Epaulé

• RADIO STANDARD : ..... *Epaulé* *Gauche*

FACE

PROFIL

• 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  
URGENCE  
19/08/2022  
48175  
IST  
Signature

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>BOUBRIK AMINA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>ABOUSAHFA IMAD</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>01/08/2022</b>	
Date sortie	<b>01/08/2022</b>	<b>21:37</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : MOH.ALI 01/08/2022 21:41 2200539513</i>		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ckm-hc.gov.ma

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

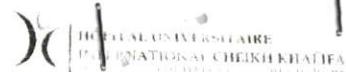
**Reçu de caisse**

N° : 2208012057528940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200539513	BOUBRIK AMINA	01/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004704	480,00
PAYANT	Total payé	480,00
QUATRE CENT QUATRE-VING		

Reçu établi par : MOH.ALI



01/08/22 20.40.35  
**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
 CASABLANCA**

A0000000041010  
 MasterCard  
 GHOZLANI /ZAKA MR  
 532196\*\*\*\*\*2276  
 04/29 CARTE NATIONALE  
 220-0-0000-1-55

Num Commerçant 2220064  
 Num TPE 08173186  
 Num Transaction 000004  
 Num Autorisation 195657  
 Num STAN 004704

MONTANT : 480,00 MAD

DÉBIT  
 Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
 APPElez LE 05 22 91 74 74

Hôpital Cheikh Khalifa  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 03 53 45  
 E-mail: contact@fcckm-hck.m

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 96289 / 2022 du 01/08/2022

Nom patient	BOUBRIK AMINA	Entrée	01/08/2022
	PAYANTS	Sortie	01/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>480,00</b>
PHARMACIE	1,00		49,40	49,40
			<i>Sous-Total</i>	<b>49,40</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>529,40</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT VINGT-NEUF DIRHAMS QUARANTE CENTIMES	Total	529,40

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@prckm-hck.ma

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID****CASABLANCA****Reçu de caisse**

N° : 2208012140348940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200539513	BOUBRIK AMINA	01/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004705	49,40
PAYANT	Total payé	49,40
QUARANTE-NEUF DIRHAMS 0		

Reçu établi par : MOH.ALI


**HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA**

 01/08/22 21 23 18  
**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

 A0000000041010  
 MasterCard  
 GHOZLANI /ZAKA MR  
 532196\*\*\*\*\*2276  
 04/29 CARTE NATIONALE  
 220-0-0000-1-55

 Num Commerçant 2220064  
 Num TPE 08173186  
 Num Transaction 000005  
 Num Autorisation 582316  
 Num STAN 004705
**MONTANT : 49,40 MAD**DEBIT  
Copie client
 DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
 APPELEZ LE 05 22 91 74 74

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

01/08/2022  
21:39

Nom Patient : BOUBRIK AMINA Numéro dossier : 2200539513

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
01/08/2022	ECHARPE AVANT BRAS	1338234	1,00	49,40	49,40
<b>Total pharmacie</b>					<b>49,40</b>

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@hckm-hck.ma  
 Tél : 0900022862



## وصفة طبية

## Ordonnance



2200539513 / H0119005327

Prénom : Amina

Nom : BOUBRIK

DDN : 25/08/1967 - E: 01/08/2022

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

01/08/2022

1)- Relaxol

6310 2 cp 2x/jour pendant

18av. 10jours

2)- Celebrex 200mg

09-1 cp 1x/jour pendant  
7jours

3)- Cedex 20mg

1 gel 1x/jour pendant

30/2/21

LOT 210834  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH

PHARMACIE DAWDA  
Safra en Pharm  
101 Rue 13E  
Ouled - Casab - Tel: 06

S.V.

S.V.

071115392  
Hôpital Universitaire de Casablanca  
Pièce d'identité et adresse

