

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-675835

177760



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 606 + 842	Société : RAM (cotisant en couple)	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL HARTI Abdmajid + conjoint Joti Assia		
Date de naissance : 01/07/1947		
Adresse : Hay EL HANA, Rue 27, N° 8. Casablanca		
Tél. : 0663 70 94 24 Total des frais engagés : 992,21 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : H. HAKMI	
Date de consultation : 12/06/22	Nom et prénom du malade : EL HARTI Abdmajid	
	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Age : 75 ans
Lien de parenté : Père de la mère	Conjoint : <input type="checkbox"/> Conjugal	
	<input type="checkbox"/> Enfant	
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'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

Signature de l'adhérent(e) : B.B

Le : / /

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Cheikh Zaid

### 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
12/12/22	Fact		642,61 DH	INP :  Dr. Sidi Abderrahmane 283, Bd. Sidi Salam - C.I.L 283, Bd. Sidi Salam - CASABLANCA
N° 72503				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MILAD Dr. Samira MILAD 283, Bd. Sidi Abderrahmane 283, Bd. Sidi Salam - C.I.L 283, Bd. Sidi Salam - CASABLANCA	12/12/22	161,60
PHARMACIE MILAD Dr. Samira MILAD 283, Bd. Sidi Abderrahmane 283, Bd. Sidi Salam - C.I.L 283, Bd. Sidi Salam - CASABLANCA	12/12/22	168,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

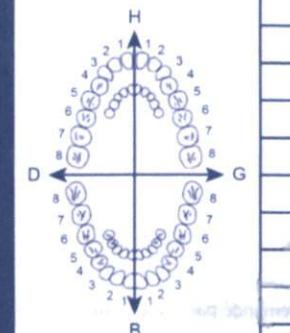
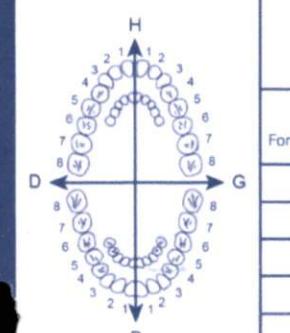
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/10/22	changement de paume	changement de paume			120,00 DH
	30/10/22	changement ok	changement ok			120,00 DH

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				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 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000	B	DATE DU DEVIS
B	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 72503 / 2022 du 12/06/2022

Nom patient	EL HARTI ABDELMAJID	Entrée	12/06/2022
	PAYANTS	Sortie	12/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>300,00</i>
PHARMACIE	1,00		142,41	142,41
			<i>Sous-Total</i>	<i>142,41</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>442,41</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS QUARANTE ET UN CENTIMES		
	<b>Total</b>	<b>442,41</b>

05 29 03 53 45  
05 22 89 28 54  
contact@fkdm.ma

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

12/06/2022  
20:00

Nom Patient : EL HARTI ABDELMAJID		Numéro dossier : 2200515888			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
12/06/2022	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1306888	3,00	2,61	7,83
12/06/2022	BANDE DE CREPE 10 CM	1306888	1,00	5,78	5,78
12/06/2022	INTRANULE G 18	1306913	1,00	2,08	2,08
12/06/2022	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1306913	2,00	2,61	5,22
12/06/2022	BANDE DE CREPE 10 CM	1306913	1,00	5,78	5,78
12/06/2022	SERINGUE 1ML	1306921	1,00	1,62	1,62
12/06/2022	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1306921	1,00	2,61	2,61
12/06/2022	SET DE SUTURE REF470258	1306921	1,00	46,15	46,15
12/06/2022	ETHILON 3/0 CT 3/8 24MM	1306921	1,00	43,54	43,54
12/06/2022	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1306921	1,00	5,30	5,30
12/06/2022	LIDOCAINE LAPROPHAN 2%20ml Injecta (01)	1306921	1,00	16,50	16,50
				<b>Total pharmacie</b>	<b>142,41</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 03 53 45  
E-mail: contact@takam.hk.mn  
Site: www.takam.hk.mn

## Reçu de caisse

N° : 2206122000588940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200515888	EL HARTI ABDELMAJID	12/06/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004840	442,41
PAYANT	Total payé	442,41
QUATRE CENT QUARANTE-DE		

Reçu établi par : MOH.ALI



SANS CONTACT

12/06/22 19:59:35

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxx0770

CARTE NATIONALE

BAF921E816ADEB30

220-0-9999-1-44

MONTANT : 442,41 MAD

NUM TRANSACTION : 043

NUM AUTORISATION: 0A9363

STAN

: 004840

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05 29 90 44 77  
Fax : 05 29 90 44 77  
Email : contact@fclm.hc.men

## RDV soins post-opératoire

	2200515896 / 150327101113ME	
Prénom :	ABDELMAJID	PAYANT
Nom :	EL HARTI	Sexe: M
DDN :	01/01/1947	E: 12/06/2022
Service :	HOSPI 5 (NA)	

N° de tél du patient : .....

### RDV en salle de soins :

Prochain RDV à l'hôpital en salle de soins ambulatoires : ..... *Recadi N° 66/2022*

Date : ..... *jundi* 16/06/2022

Médecin : .....

Nous vous informons que les 3 premiers soins sont prodigués à titre gratuit dans un délai ne dépassant pas 15 jours après la date de votre sortie de l'hôpital

Il est important de se présenter au RDV communiqué, en cas d'empêchement, veuillez aviser la secrétaire au N° du standard : 0529004466, demandez à ce que vous soyez mis(e) en relation avec la salle de soins. N'hésitez pas à poser les questions qui vous préoccupent lors de ce RDV.

### Recommandations de sortie :

- Points de suture/ agrafes : A enlever après ..... jours
- Douche à prendre : Après ..... jours
- Reprise des activités : Après ..... jours
- Retour au travail : Après ..... jours (Voir certificat de maladie)

- Ce document doit être élaboré en 3 copies : Une copie pour le patient, une copie à garder dans le dossier patient et une copie à transmettre à l'équipe de la salle de soins.

- Le patient doit se présenter avec sa copie le jour du RDV



Les données collectées par l'HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA sont nécessaires à la gestion de la communication et de l'organisation d'événements.

Peuvent seuls, dans les limites de leurs attributions respectives, être destinataires des informations : la Direction Médicale et des Soins, la Direction de l'Information Médicale, la Direction Générale ainsi que les dispositifs de contrôle internes et externes.

Conformément à la loi n° 09-08, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition à ce traitement par courrier électronique à l'adresse : [mesdroits-donneespersonnelles@hck.ma], ou par courrier avec accusé de réception à la Direction de l'Information Médicale, Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Casablanca – Maroc.

Ces traitements ont reçu récépissés de la CNDP sous les numéros D-CQ-550/2019 en date du 11/09/2019

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID****F A C T U R E**N° **80 402 / 2022** du **27/06/2022**Nom patient : **EL HARTI ABDELMAJID**Entrée **27/06/2022**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **27/06/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT VINGT DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>120,00</b>				<b>120,00</b>	<b>0,00</b>

Date **27/06/2022**

Quittance - Paiement espèces

**0684879**

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... **120 DH**Patient : ..... **El Harti Abdellmajid**

Cachet

## FACTURE

N° 82 343 / 2022 du 30/06/2022

Nom patient : **EL HARTI ABDELMAJID**

Entrée 30/06/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 30/06/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>120,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT VINGT DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>120,00</b>

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	<b>120,00</b>			<b>120,00</b>	<b>0,00</b>



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 30/06/2022

Quittance - Paiement espèces

686806

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 120 DH

Patient : ..... EL Harti Abdellmajid





# وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :



2200515888 / 150327101113ME

Prénom : ABDELMAJID

PAYANT

Nom : EL HARTI

Sexe: M

DDN : 01/01/1947 E: 12/06/2022

Service : URGENCES (NA)

168.20

1 - Augmentin 168.20

AS  
PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L  
Tel: 052.94.65.30 - CASABLANCA

2 - Grains le caux à la  
Bekadi

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

1g/125 mg

Sachets

..... Sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

..... كم ..... من ..... يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ..... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 168,20 DH

NT: 644721

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

1g/125 mg

Composition :  
Amoxicilline ..... 1g  
(sous forme trihydratée)  
Acide clavulanique ..... 125mg  
(sous forme de clavulanate de potassium).  
Contient de l'aspartam (environ 30mg).  
Mise en garde spéciale : risque d'allergie.  
Voie orale

Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
• www.hck.ma

Dr. AIT ACHOUR Mostapha  
Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zayed  
URGENCE

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

LOT 210578  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

2200515896 / 150327101113ME

7480  
14 September 1901  
111 x 23

14160  
n Dohipra  
52.80 Ar +3.  
31. Dede 201  
14160

54



LOT: 05322013  
PER: 02/2025  
FPR: 14.90

Leb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabia  
004 466 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

74.00