

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-675835

177740  
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 606 + 842 Société : RAM (cotisant en compte)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELHARTI Abdelmajid + Conjoint Joti Assia  
Date de naissance : 01/07/1947  
Adresse : Hay ELHANA, Rue 27, N°8 Casablanca  
Tél. : 0663709424 Total des frais engagés : 992,21 DH

Autorisation CNBP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 02/06/2022  
Nom et prénom du malade : ELHARTI Abdelmajid Age : 75 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Vieillesse  
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 : / /  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
12/10/22	Forêt		442.410	INP : <input type="text"/>
	N° 72508			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MILAD Dr. Samira Abderrahmane 283, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salam - CIL	12/16/22	141.60
PHARMACIE MILAD Dr. Samira Abderrahmane 283, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salam - CIL	12/16/22	168.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/10/22					120.00 DH
	30/10/22					120.00 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# 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>	300,00
PHARMACIE	1,00		142,41	142,41
			<i>Sous-Total</i>	142,41
<b>Total Clinique</b>				<b>442,41</b>

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 Tél : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 03 53 45  
 e-mail : contact@ckim.hk.zd



## 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 IML	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
Total pharmacie					142,41

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 03 53 45  
Email: contact@chkh.zaid.rn

## Reçu de caisse

N° : 22061220005889401 / 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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 00 44 77  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hcm.lk.ma



مركز الدفعات

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

## RDV soins post-opératoire

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

N° de tél du patient : .....

### RDV en salle de soins :

Prochain RDV à l'hôpital en salle de soins ambulatoires : ..... *Mercredi 14/06/2024*  
Date : ..... *jeudi 16/06/2024*  
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
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date 27/06/2022

Quittance - Paiement espèces

0684879

IPP : .....

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

Patient : EL HARTI Abdelmajid

Cachet

## F A C T U R E

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
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



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 ABDELMAJID

Cachet







HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2200515888 / 150327101113ME

Prénom : ABDELMAJID

Nom : EL HARTI

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

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

168.2

1 - Augmentin

1/5 x 3 / 5 x 285

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L  
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA

2 - sans locaux à la

Betadine

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

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.

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

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

PPU: 168.20 DH  
INT: 644721

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Urgences  
Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
www.hck.ma

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

LOT 210578  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH



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

PAYANT  
Sexe: M

74,80

4 Septem 2001  
Ap x 24



141,00  
n

Dolipran 4



Ap x 3.

52,80

31 Dec 2023  
196,



141,60



74,00