

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

129559

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308

Société : R.D.H.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou Fati me

Date de naissance :

Adresse : Ferdaous APP 7 IHB 8 17902 casablanca

Tél. : 0602467656 Total des frais engagés :

Hôpital Universitaire International Crédit Khalifa

Dr. DINI MOUZHA

Professeur de pédiatrie

Directrice de spécialité

101109254

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 plconfidential 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 : Casab

Le : 14/09/2022

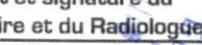
Signature de l'adhérent(e) :

Hôpital Universitaire International Crédit Khalifa
Dr. DINI MOUZHA
Professeur de pédiatrie

REQUETE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/06/22	Consultation	1	300	INP 10109RS Hôpital Dr. Dina Aouad Professeure de pédiatrie Directrice de clinique
20/06/22	Consultation	1	300,00	DR. DINA AOUAD

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/22	Scanner Achat de film	20000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : _____	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION																																	
FIN D'EXÉCUTION																																	
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553																					
	H	G																															
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																
	MONTANTS DES SOINS																																
	DATE DU DEVIS																																
DATE DE L'EXÉCUTION																																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	

وصفة طبية . . .

Ordonnance

Casablanca, le :

le 18/06/22

AZI J 12 AFIK

TDM Ablution . . .

- polynésie

C capsules

nourriture ch

refill de cu

sous Aneloxal

SGos + ruban

cade chb (bole l)

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 76 398 / 2022 du 20/06/2022

Nom patient : **RAFIK ARIJ**

Entrée 20/06/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/06/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER ABDOMINO-PELVIAN	1,00		2 000,00 Sous-Total	2 000,00 2 000,00
Total Frais Clinique				2 000,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000,00

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	2 000,00			2 000,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 20/06/2022

Numéro : 76 277



090061862

Nom patient : RAFIK ARIJ

Médecin : PR. JAAFARI ABDELHAMID
Anesthésie-Réanimat.

2200519680

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00
Total	300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.mz
N°INP 090061862

NDA: 2200519680 - Service: Anesthésie-Réanimation
01.10-DS Anesthésie - HCK- Fiche de consult anesthésie
[JAAFARI ABDELHAMID - MEDECIN PERMANENT] - 20/06/2022 10:22 (En Cours)

INFORMATIONS LIEES A L'INTERVENTION

Autre intervention opératoire	TDM ABDOMINO PE LVIEN
-------------------------------	-----------------------

ANTECEDENTS ALLERGIQUES

Médicaments	RAS
-------------	-----

Alimentaires	RAS
--------------	-----

1. Médicaux

Autre antécédents médicaux du patient	INFECTION URINAIRE A REPETITION , ASTHME BRONCHIQUE
---------------------------------------	---

Traitement en cours	CERITIDE VENTOLINE ZADRIL BUTANIX
---------------------	-----------------------------------

2. Chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	RAS
--------------------------	-----

Etat général

Poids (Kg)	38 kg
------------	-------

Taille du patient (en cm)	131 cm
---------------------------	--------

Indice de masse corporelle (IMC)	22,14
----------------------------------	-------

Surface corporelle (F. Dubois)	1,1556
--------------------------------	--------

Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire

FC (/min)	84 b/min
-----------	----------

SpO2	97 %
------	------

Tolérance à l'effort	Bonne
----------------------	-------

ECG	Normal
-----	--------

Intubation

Niveau de l'OB	<3.5cm
----------------	--------

Score de Mallampati	4 - Seul le palais osseux est visible
---------------------	---------------------------------------

DMT	<6.5cm
-----	--------

Nuque	SOUPLE
-------	--------

Mandibule	Mobile
-----------	--------

Exam ORL

Score ASA	2 - Patient avec une maladie générale modérée
-----------	---

Bilan biologique

NA(mmol/L)	140 mmol/L
------------	------------

K (mmol/L)	3,91 mmol/L
------------	-------------

Créat (mg/L)	4,8
--------------	-----

Urée	0,17
------	------

Plaq	345000
------	--------

GB	8330
----	------

Hb	12,7 g/dL
Hte	38,5 %
Consultation pré-anesthésie	
Conclusion de la consultation	OK pour anesthésie et intervention
Si patient à revoir, spécifier :	Patient à revoir avec : - Bilans : - Avis spécialisés : - Autres : 
Préparation patient	
Synthèse de la Consultation <u>Pré-anesthésie</u>	ENFANT AGEE DE 7 ANS AVCE ATCD : ASTHME BIEN EQUILIBRE SOUS TRT ET UNE IU A REPETITION ET DONT EXAMEN PLP et CARDIAQUE SONT SANS ANOMALIE CE JOUR ET LE BILAN BIO CORRECT
Préparation du patient	LE JEUNE PREOPE DE 6H
Décision par rapport au traitement en cours	MEDICAMENT CONTINUER / ARRETER COMMENTAIRE

HEIKH KHALIFA - An
esthésie-
NIP 181111c 1094459YA

esthésie-

(F - 7 ans)

15)

Page 2 / 2

RAFIK Arij

NDA : 2200519680

Hb	12,7 g/dL
Hte	38,5 %
Consultation pré-anesthésie	
Conclusion de la consultation	OK pour anesthésie et intervention
Si patient à revoir, spécifier :	Patient à revoir avec : - Bilans : - Avis spécialisés : - Autres : <i>R</i>
Préparation patient	
Synthèse de la Consultation Pré-anesthésie	ENFANT AGEE DE 7 ANS AVCE ATCD : ASTHME BIEN EQUILIBRE SOUS TRT ET UNE IU A REPETITION ET DONT EXAMEN PLP et CARDIAQUE SONT SANS ANOMLAIE CE JOUR ET LE BILAN BIO CORRECT
Préparation du patient	LE JEUNE PREOPE DE 6H
Décision par rapport au traitement en cours	MEDICAMENT CONTINUER / ARRETER COMMENTAIRE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 18/06/2022
Numéro : 75 958



090061862

Nom patient : RAFIK ARIJ

Médecin : PR. DINI NOUZHA
Pédiatrie

2200519348

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail : conseil@chkhm.ma
N°INP 090061862

CASABLANCA, le 20/06/2022

PATIENT

: RAFIK Arij

TDM ABDOMINO- PELVIENNE

Technique :

Acquisition spiralée volumique en coupes fines avec reconstructions multi-planaires, sans injection de produit de contraste.

Résultats :

Foie homogène de taille normale et de contours réguliers.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Rate et pancréas normaux.

Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers, homogènes, sans dilatation des cavités excrétrices.

Absence de masse Abdomino pelvienne.

Vessie vide.

Utérus d'aspect normal pour l'âge.

Absence de masse pelvienne.

Absence d'adénopathie profonde ou d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION:

Scanner abdomino-pelvien ne révélant pas d'anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BERRADA

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.fclm.ma