

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W21-715906

129559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308

Société : R. A. H.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bengaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Fardous App 7 IHB 8 1902 Casablanca

Tél. : 0602467656

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ 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 déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa


Le : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Hôpital Universitaire Inter-  
Dr. DINI NOUZZA  
Professeur de pédiatrie

Autorisation CNIF N° : A-A-215/2019

# 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
18/6/22	...	...	300	
20/06/22	...	...	300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
...	20/06/22	Scanner	20000

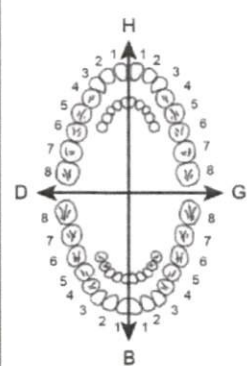
## AUXILIAIRES MEDICAUX

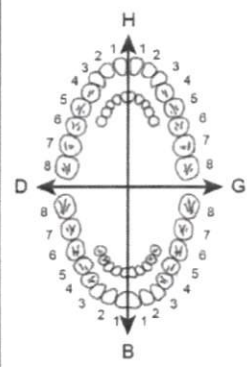
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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
	<div> <div>H</div> <div>25533412 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 35533411</div> <div>B</div> </div> <div> <div>H</div> <div>21433552 00000000</div> <div>G</div> <div>00000000 11433553</div> <div>B</div> </div>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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



وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :

le 18/06/22

AZIJ 12AFIK

TDM Abdomino

- polycystique

Cupersister

www.ch

afm ce

Ses Amelonda

SGOS troublant

cure de Bob 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-PELVEN	1,00		2 000,00	2 000,00
			Sous-Total	2 000,00
Total Frais Clinique				2 000,00

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

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service Radiologie  
 Tél : (+212) 0528 00 44 66  
 E-mail : www.hck-ickm.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

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@hckm.hck.ma  
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

<b>Autre intervention opératoire</b>	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
----	------

NIP : 181111094459YA

RAFIK Arij

NDA : 2200519680

<b>Hb</b>	12,7 g/dL
<b>Hte</b>	38,5 %
Consultation pré-anesthésie	
<b>Conclusion de la consultation</b>	OK pour anesthésie et intervention
<b>Si patient à revoir, spécifier :</b>	Patient à revoir avec : - Bilans : - Avis spécialisés : - Autres :
Préparation patient	
<b><u>Synthèse de la Consultation</u></b> <b><u>Pré-anesthésie</u></b>	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
<b>Préparation du patient</b>	LE JEUNE PREOPE DE 6H
<b>Décision par rapport au traitement en cours</b>	MEDICAMENT CONTINUER / ARRETER COMMENTAIRE

<b>Hb</b>	12,7 g/dL
<b>Hte</b>	38,5 %
Consultation pré-anesthésie	
<b>Conclusion de la consultation</b>	OK pour anesthésie et intervention
<b>Si patient à revoir, spécifier :</b>	Patient à revoir avec : - Bilans : - Avis spécialisés : - Autres :
Préparation patient	
<b>Synthèse de la Consultation Pré-anesthésie</b>	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
<b>Préparation du patient</b>	LE JEUNE PREOPE DE 6H
<b>Décision par rapport au traitement en cours</b>	MEDICAMENT CONTINUER / ARRETER COMMENTAIRE

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 28 54  
E-mail : contact@hck.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**