

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0039104

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société : 20223

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. 0666247016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : Mr Ahmed RAOUZ Age : 72 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : PNEUMONIE

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/11/2022	TC	156227/2	123,12	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/22	123,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

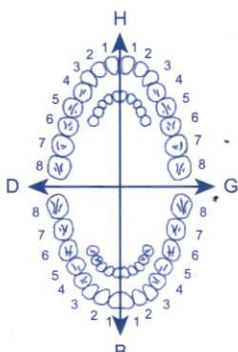
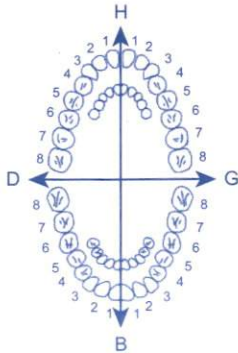
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 26/11/2022



2200599030 / H0121012874

Prénom : AHMED

Nom : RAOUZ

DDN : 01/07/1952 E: 26/11/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

222,00

PPU: 222,00 DH
LOT: 649776
PER: 03/24

11- Augmentin 1g

1 sachet 3x/jr pch 10 jours

14,6

2- Doliprane 1g

1cp 3x/jr pch 2 jours douleur

PPV 14DH60
PER 06/25
LOT L2279

3- Flagyl 500mg

1cp 3x/jr pch 6 jours

LOT: 27EN12
PER: 03/2027
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V.: 49DH80



PHARMACIE CHARM CHEIKH KHALIFA
N° 000 LOTS HAMRA 2 AV. EL QODS
AIN CHOCK CASABLANCA

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Mehdi Mohamed EL HASSANI
Urgentiste

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tel: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 156 297 / 2022 du 26/11/2022

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 26/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECHOGRAPHIE-DOPPLER DES ARTERES DU MEMBRE INFERIEUR CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		900,00	900,00
	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	1 200,00
PHARMACIE	1,00		3,37	3,37
			Sous-Total	3,37
Total Frais Clinique				1 203,37

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENT TROIS DIRHAMS TRENTE-SEPT CENTIMES

Total 1 203,37

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	1 203,37				1 203,37	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 e-mail : contact@hckm-hckm.ae
 No. tél. 06061862



CASABLANCA, le 26/11/2022

PATIENT : RAOUZ AHMED

IPP : H0121012874

DATE NAISSANCE : 01/07/1952

NUMERO DOSSIER : 2200599030

ECHODOPPLER ARTERIEL ET VEINEUX DES DEUX MI

TECHNIQUE : Examen réalisé en doppler couleur couplé au doppler pulsé à l'aide d'une sonde de 8 Mhz.

RESULTATS :

1/ sur le plan artériel

- Aspect morphologique normal de l'aorte abdominale sous rénale, siège de plaques athéromateuses sans disparité de calibre.
- Importante infiltration athéromateuse diffuses des deux MI de l'axe fémoro poplités plus accentuée à droite.
- Présence d'une plaque de l'Artère fémorale superficielle de son 1/3 moyen avec retentissement hémodynamique
- Les artères tibiales postérieure et antérieure ainsi que la pédieuse à droite est siège de calcifications pariétales avec des sténoses étagées
- Infiltration athéromateuse de l'axe jambier à gauche.

2/ Sur le plan veineux :


- **Système veineux profond :**
 - Veines fémoro-poplités droite et gauche, de contenu homogène transsonique, facilement dépressible par la sonde.
 - Le doppler couleur y retrouve un flux spontané, modulé par le mouvement respiratoire et la manœuvre de chasse témoignant de leurs perméabilités et de leurs continences.

CONCLUSION :

- Artériopathie oblitérante des deux MI plus prononcée à droite avec Plaque athéromateuse de l'artère fémorale superficielle à droite avec retentissement hémodynamique associé à une mauvaise distalité

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**


Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC



2200599030 / H0121012874

Prénom : AHMED

Nom : RAOUZ

DDN : 01/07/1952 E: 26/11/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Patient de 66 ans, diabétique sous insuline,
amputé du 2^e orteil du pied droit
qui présente une grosse jambe rouge.

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

ARTERIEL

• ECHOGRAPHIE : doppler des membres inférieurs

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et cachet du médecin des
Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Mehdi Mohamed HABBOU
Urgences

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

26/11/2022

14:34

Nom Patient : RAOUZ AHMED			Numéro dossier : 2200599030		
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/11/2022	FLACON POUR URINE ECBU 60ML	1412331	1,00	3,37	3,37
Total pharmacie					3,37

Optical Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
contact@hckm-hckm.m
05 29 03 53 45



Date: 22/11/22

Quittance - Paiement espèces 0728626

IPP :

N° D'admission : 220592 Montant : 207

Patient : John E. Smith

Cachet

Hospital Chienh Khatia IDN 2410
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@tickin-hck.ma
 No. IMP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 26/11/2022

Quittance - Paiement espèces 0729473

IPP : 220599030

N° D'admission : Montant : 1200.04

Patient : RAOUZ AHMED

Cachet

