

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.

N° W21-701075

246256

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9632

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ERCHIDI Zouha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066143 77 03

Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : Ayoubche RIM Age: 28

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

Fait à : 2454 3LM CA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/09/2023

23/09/2023

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
02/01/2023			G	INP / 19.06.6152

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	
 Dr. Mohamed Khalifa Bin Zayed Al Nahyan, Radiologist, Al-Sheikh Khalifa Hospital, Abu Dhabi, UAE	22/11/2023	Echographie Abdominale	161.42 AED	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 : <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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		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"/>														

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

28/01/2007 RIM Aysenck

ec5

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck.m

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
www.hck.m

Orthopédie, Traumatologie
Tél : 06 61 35 25 72
INP : 091177519
ADMISS

H.C.K.

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

21/01/2008

Ayoub El lim

H 27 poste

vers p. 6
m p. 6
m p. 6

Hôpital Cheikh Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 052900 44 66
E-mail : www.hck-fctm.ma

Pr CHAOUI Aniss
Orthopédie Traumatologie
Tél : 09117519
061552572

Hay El Hassani
Boulevard Mohamed Taieb Naciri
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +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°

424 / 2023 du 02/01/2023

Nom patient : AYOUCHE RIM

Entrée 02/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE DES TISSUS MOUS	1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
CINQ CENTS DIRHAMS			Total 500,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			500,00		500,00	0,00

Le : 02/01/2023
N° : 4466
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
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

F A C T U R E

N° 554 / 2023 du 02/01/2023

Nom patient : **AYOUCHE RIM**

Entrée 02/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
IRM DE LA MAIN	1,00		2 500,00 Sous-Total	2 500,00 2 500,00
Total Frais Clinique				2 500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total	2 500,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			2 500,00		2 500,00	0,00

E-mail : www.hck-icm.ma
Tel : (+212) 0529 00 44 66
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie

CASABLANCA, le 02/01/2023

PATIENT : AYOUCHE RIM

IPP : **H0123000128**

DATE NAISSANCE : **16/06/1999**

NUMERO DOSSIER : **2300617230**

IRM DU POUCE DROIT

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par une IR M1.5 Tesla dans les 3 plans en séquences T2 FS et T1, sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

- Tendon long extenseur du pouce de calibre normal mesuré à 2 mm avec présence d'une solution de continuité hypo T1 et hyper T2 mesurée à 5.7 mm d'étendue en regard de la base de la première phalange.
- Remaniements des parties molles en regard.
- Pas de lésion osseuse ou cartilagineuse.
- Pas d'épaississement synovial.
- Absence d'épanchement liquide intra articulaire

CONCLUSION :

Aspect IRM d'une rupture du tendon long extenseur du pouce droit étendue sur 5.7 mm.

En vous remerciant de votre confiance

*Dr. MAHI Mohamed
Professeur en Radiologie
Diplôme d'Etat et Internat Spécialisé
Hôpital Universitaire
Cheikh Khalifa Ibn Zayed - Casablanca
Code INPE: 011051430*

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.fckm.ma

CASABLANCA, le 02/01/2023

PATIENT : AYOUCHE RIM

IPP : **H0123000128**

DATE NAISSANCE : **16/06/1999**

NUMERO DOSSIER : **2300617095**

Echographie du pouce droit

TECHNIQUE : Des coupes échotomographiques ont été réalisées à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

RESULTATS :

- Présence d'une ligne hypo échogène au niveau des faisceaux superficiels du tendon extenseur du pouce en regard de la première phalange
- Absence d'anomalie du tendon fléchisseur
- Absence d'épaississement synovial.
- Absence d'encoche corticale.
- Absence d'anomalie par ailleurs.

CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une rupture partielle du tendon extenseur du pouce droit.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. MAHI BACHAMOU
 Professeur en Radiologie
 Diagnostique et Interventionnelle
 Hôpital Universitaire
 Cheikh Khalifa Bin Zayed - Casablanca
 TSH-06.5.1.24.22.10. Code IMC 21100144

Signé **Pr. MAHI**

Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 ROYAUME DU MAROC

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.fckm.ma

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230102150008SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300617230	AYOUCHE RIM	02/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	033370	2 500,00
	Total payé	2 500,00

Reçu établi par :SOUCHA

E-mail : www.hckfcm.mr
Tél : (+212) 0529 00 44 66
Service Radiologie
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*Méd***HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

N° : 2301021304580560 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300617095	AYOUCHE RIM	02/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	002592	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : KHA.CHAO

E-mail : www.hopitalcheikhkhalifaibnzaid.ma
Tel : (+212) 0529 00 44 65
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie



مركز النقديات

02/01/23 12:35:40
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
ERCHIDI/ZAKIA.MME:
xxxxxxxxxxxxxx7578
12/28 CARTE NATIONALE
F80ABF27324FF8DF
220-0-9999-1-55

MONTANT: 500,00 MAD

NUM TRANSACTION 009
NUM AUTORISATION 737705
STAN 002592

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



مصرف التقديمات

02/01/23

14:29:43

9900398067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

ERCHIDI/ZAKIA.MME

xxxxxxxxxxxxxx7578

12/28 CARTE NATIONALE

0EOFAC754F75931B

220-0-9999-1-55

MONTANT: 2500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 012

NUM AUTORISATION: 959564

STAN : 033370

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT