

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W19-468562

149651

AS

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : ..... *Narwa Ghazal*

Nom & Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur RAHHALI SHAM  
Pédiatrie*

Date de consultation : *4/12/2011* Nom et prénom du malade : *HAADHA* 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Centre Allal Ben Abdellah  
Tél. : 05 22 20 45 45  
Fax : 05 22 22 78 18  
E-mail : [contact@fcid.hc.ma](mailto:contact@fcid.hc.ma)

### 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
07/2/15	FACTURE	548102.21	4550	07/2/15
07/2/15	19/2/23			Hôpital Universitaire International Docteur RAHHALI SHAM Pediatrie

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

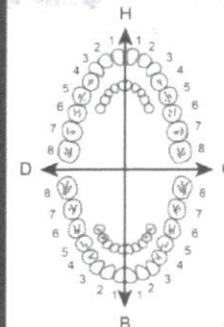
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

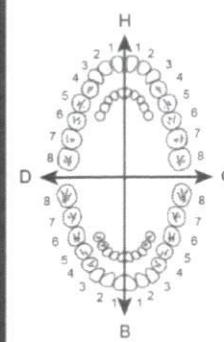
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

B

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTIONFIN  
D'EXECUTIONCOEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

## وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :

-----



2300635941 / H0123004351

Prénom : MARWA

Nom : GHAZIL

DDN : 01/03/2007 E: 07/02/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Nebulisation de nebuliseur

+ HSHC 10 mg ee IV

+ Ondes 10 mg IV

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Docteur RAHHALI SHAM  
 Pédiatrie  
 091145201

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 23020720590694201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300635941	GHAZIL MARWA	07/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	014775	118,02
PAYANT	Total payé	118,02
CENT DIX-HUIT DIRHAMS D		

Reçu établi par : MAR.KHA

## Reçu de caisse

N° : 23020718465970401 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300635941	GHAZIL MARWA	07/02/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14264	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRH		

Reçu établi par : MOH.RHO

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél. : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.mn

CASABLANCA, le 07/02/2023

PATIENT : GHAZIL MARWA

IPP : **H0123004351**

DATE NAISSANCE : **01/03/2007** NUMERO DOSSIER : **2300635941**

## **RX THORAX F**

### **Résultats :**

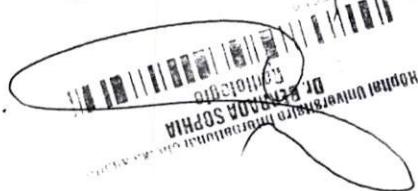
Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : **Dr BERRADA S.**



A handwritten signature of "Dr BERRADA S." is written over a circular stamp. The stamp contains the text "HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA" around the perimeter, and "Dr BERRADA S." in the center.

**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](http://www.hck.fckm.ma)

## FACTURE

N° 19 202 / 2023 du 07/02/2023

Nom patient : GHAZIL MARWA

Entrée 07/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE	1,00		180,00	180,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>480,00</b>
PHARMACIE	1,00		118,02	118,02
			<b>Sous-Total</b>	<b>118,02</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>598,02</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT QUATRE-VINGT-DIX-HUIT DIRHAMS DEUX CENTIMES

**Total 598,02**

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	298,02	598,02	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 41  
Fax: 05 29 00 42 31  
e-mail: contact@hckb.men.dz

## **DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE**

07/02/2023  
20:59

Nom Patient : GHAZIL MARWA		Numéro dossier : 2300635941				
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total	
07/02/2023	SERINGUE 10ML	1457713	1,00	1,56	1,56	
07/02/2023	MASQUE NEBULISEUR ADULTE	1457713	1,00	12,54	12,54	
07/02/2023	ATROVENT ADULTE 0,5mg Solutio (10)(1)	1457713	1,00	4,55	4,55	
07/02/2023	VENTOLINE NEB 50mg/10ml Solutio (03)(1)	1457713	1,00	6,13	6,13	
07/02/2023	INTRANULE G 22	1457714	1,00	1,95	1,95	
07/02/2023	SERINGUE 10ML	1457714	1,00	1,56	1,56	
07/02/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1457714	1,00	1,44	1,44	
07/02/2023	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1457714	1,00	2,44	2,44	
07/02/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1457714	1,00	14,10	14,10	
07/02/2023	SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1457714	1,00	38,05	38,05	
07/02/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1457715	1,00	20,60	20,60	
07/02/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1457715	-1,00	14,10	-14,10	
07/02/2023	PANTOPRAZOLE NORMON 40 MG Inj (01)	1457716	1,00	27,20	27,20	
					<b>Total pharmacie</b>	<b>118,02</b>

Hôpital Cheikhi Khatri IDN Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
e-mail : [contact@idkn.hck.ma](mailto:contact@idkn.hck.ma)  
1100 BP 00066 1962

Coller Etiquette D

2300635941 / H0123004351  
Prénom : MARWA  
Nom : GHAZIL  
DDN : 01/03/2007 E: 07/02/2023  
Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN

### RADIOLOGIQUE

Age : .... 15 ..

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

dyspnée suffoquante.

• RADIO STANDARD : Rx thorax

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et cache du médecin des

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Docteur RAHIMA SAM

Date : 07/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0744688

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300 DH

Patient : ..... C.HAZEL, M.A.R. ....

Payé par : .....

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Email: contact@hkih.ma  
Fax: 05 29 03 53 45  
Tél: 05 29 03 44 77



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
TUNIS - FONDATION DE LA MÉDECINE

07/02/23

20 32:05

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000031010

Visa

20

419645\*\*\*\*\*9663

12/24 CARTE NATIONALE

221-0--0-44

Num Commerçant :	2220064
Num TPE :	08173186
Num Transaction :	000006
Num Autorisation :	493606
Num STAN :	014775

**MONTANT : 118,02 MAD**

DEBIT  
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS  
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**



مركز التقديمات

SANS CONTACT



07/02/23

18:14:29

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A0000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxx9663

CARTE NATIONALE

6792B406AFBA1568

221-0-9999-1-44

MONTANT: 180,00 MAD

NUM TRANSACTION : 008

NUM AUTORISATION: 439781

STAN : 014264

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT