

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

M23-0016529.

18/10/05

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10503 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUTI DRiss

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Habibelle

Tél. : 06 73 83 87 61

Total des frais engagés : 2227,38 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Youny SITTA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :



### 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
30/10/23	Consultation	1	2073,28	
NO				
2023				
30/10/23	RDV 2023			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/10/23	184,17
	092014075	

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION



وصفة طبية

## **Ordonnance**

Casablanca, le :

30.10.2023

Mr. FATIMA ELtouny

222

1) Cochleipne p. <sup>(1)</sup> the obj- (riches)

(SV)

58-3

1 pax (j)

SV

9 Report - 160

$\text{H}_2\text{O} \rightarrow \{\text{H}_2\}$

3) entz 2

Sept 1st

4) Whitney for

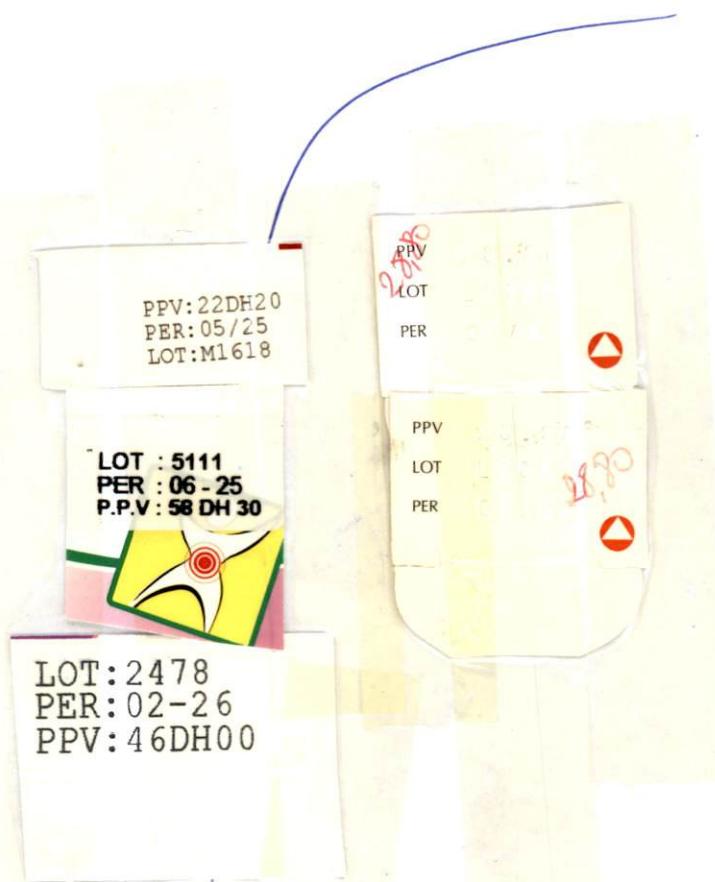
~~May 31~~

184.11



**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
**Standard 24H/24 :** +212 529 004 477 • **Prise de RDV :** +212 529 004 466 • **SAMU :** 2477/+212 608 873 367  
**Urgences :** +212 608 982 871 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**

Mr (S) New Chirurgie





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 30 / 10 / 2023

Quittance - Paiement espèces 0822326

N° D'admission : 23n0220311 IPP : .....

Patient : 2c Aoun Montant : .....

Payé par : Sidi Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa  
Tél.: 05 29 03 51 45  
Fax : 05 29 00 46 77  
E-mail contact@ckkh.hci.ae

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 152 201 / 2023 du 30/10/2023

Nom patient : EL AOUNY FATIMA

Entrée 30/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
SCANNER ABDOMINO-PELVIE	1,00		1 500,00	1 500,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0090	108,00	108,00
ANTIBIOTIQUE	1,00		72,00	72,00
			Sous-Total	1 980,00
PHARMACIE	1,00		63,28	63,28
			Sous-Total	63,28
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 043,28</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE QUARANTE-TROIS DIRHAMS VINGT-HUIT CENTIMES

**Total 2 043,28**

Encaissements	Espèces	Chèque			Total encaissé	Solde
	63,28	1 980,00			2 043,28	0,00

Ref Chq : 4812426/BMCE/



CASABLANCA

**Reçu de caisse**

N° : 2310300306517510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300770315	EL AOUNY FATIMA	30/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	4812426/BMCE DRISS AGOUTI	1 980,00
PAYANT	Total payé	1 980,00
MILLE NEUF CENT QUATRE-		

Reçu établi par : HIC.ELAS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
e-mail : contact@ckm.hck.ma

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 00 44 77  
Fax: 05 29 00 45 45  
e-mail : contact@ckm.hck.ma



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123014248

Date de naissance : 01/01/1972

Sexe : F

Date de l'examen : 30/10/2023

Prélevé le : 30/10/2023 à 02:14

Édité le : 30/10/2023 à 03:31

Mme EL AOUNY FATIMA

Dossier N° : 23107223K

Service : URGENCE



## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Clair
EXAMEN CYTOLOGIQUE		
Leucocytes	:	< 10 <sup>4</sup> /ml < 10 <sup>4</sup> /ml
Hématies	:	< 10 <sup>3</sup> /ml < 10 <sup>3</sup> /mL
Cellules épithéliales	:	Absence
Autres cellules	:	Absence
Cylindres	:	Absence
Cristaux	:	Absence
Eléments fongiques	:	Absence
CULTURE		
Culture	:	En Cours
COMMENTAIRE	:	En Cours

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

**Ne pas diffuser au patient**  
**Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

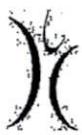
Le 30/10/2023 à 03:31

Signature

Zita Oumaima

1 / 1

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le

30/10/2023

## COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme EL AOLINY FATIMA Le : 30/10/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleur abd. Fréquente avec rythme lent et régularité nocturne.

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitementsymptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio .....
- Echoangiographie .....
- Scanner Abdomen Plat .....
- IRM .....
- Autres : .....

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom El Aouy Fatima

Casablanca le 30/10/2023

## BILAN BIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

• Hémato/Hémostase :

- NFS - Pq
- Groupage - Rhésus
- RAI
- TP - TCK
- INR
- D-DIMERES

• Bilan Infectieux

- CRP
- VS
- ECBU
- Hémoculture
- PCT

• Bilan Métabolique

- Ionogramme sanguin
- Urée - Créatinémie
- Glycémie

• Bilan Hépato-pancréatique :

- ASAT - ALAT
- BC - BN - BT
- Gamma GT
- PA
- LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

- Troponines
- BNP

Autres :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature et caché du médecin  
Des urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
HUI - Casablanca - Maroc  
Signature et caché du médecin  
Des urgences

CASABLANCA, le 30/10/2023

PATIENT : EL AOUNY Fatima

EXAMEN(S) REALISE(S): Scanner abdomino-pelvien

IPP : H0123014248  
 DATE NAISSANCE : 01/01/1972  
 NUMERO DOSSIER : 2300770315

### **TECHNIQUE :**

- Examen réalisé par un scanner multibarette type GE, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, avec reconstruction.

### **RESULTATS :**

- Foie de taille normale, de contours réguliers et de densité homogène sans anomalie focale, ni prise de contraste pathologique suspecte.
- Clips métalliques en place post-cholécystectomie.
- Absence de dilatation des VBIH et de la VBP.
- Rate, surrénales et pancréas de taille et de densité normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers et densité homogène.
- Absence de dilatation des voies urinaires.
- Absence d'adénomégalie ou d'épanchement abdomino-pelvien.
- Vessie vide.
- Phlébolithes pelviennes bilatérales.

### **CONCLUSION :**

**TDM abdomino-pelvienne sans anomalie suspecte.**

En vous remerciant de votre confiance  
 Signé : **Dr Benrami**

Dr. BENRAMI MOHAMMED  
 Médecin Radiologue  
 NPE: 01250496

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)



Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
DDN : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_

Cas : \_\_\_\_\_  
Etiquette De BAF  
2300770315 / H0123014248  
Prénom : Fatima  
Nom : EL AOUNY  
DDN : 01/01/1972 E: 30/10/2023  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

## BILAN

## RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Douleur de la FIG che roulant vers  
haut lombaire.

• RADIO STANDARD : .....

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive  négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences