

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0047194

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1688 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARIBE AHMED
Date de naissance : 10-03-1950
Adresse :
Tél : 0662372117 Total des frais engagés : 3412,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/02/2024
Nom et prénom du malade : Ahmed Haribe Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur Schmorle
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 : casa Le : 01/03/2024
Signature de l'adhérent(e) : MHP

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

Autorisation CNDP 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
17/02/2017	voir facture		3152,42	091272

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/2/24	259,10.

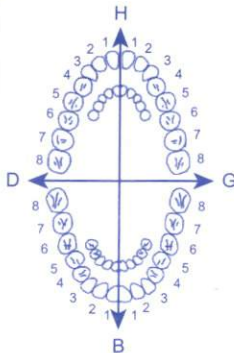
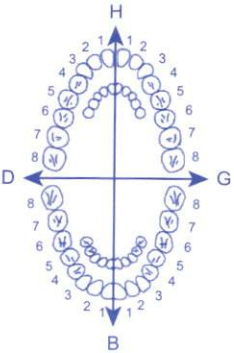
[illegible][illegible]

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									
				<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Début d'exécution</div> <div>Fin d'exécution</div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Date du devis</div> <div>Date de l'exécution</div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

شفي الجامعي
في الشيخ خليفة

وصفة طبية



2400832835 / 151114205743ME

Prénom: AHMED

Nom: HARIBE

DDN: 10/03/1950 E: 17/02/2024

Service: URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

ince

comprimés effervescent
IXOR 20 mg 28

EXP 09/2025
LOT 35026 12
--LAPROPHAN--
PPV: 110DH80

PHARM
24, Lot. Yasmina les Crêtes
Casablanca - Tél.: 0522 85 55 55
KEMBOURG
MANDRE

1) Ixor 20mg
110,80

1cp/j le matin à jeun
94,30

2) Neofortan 160mg

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 92DH30
EXP 10/2026
LOT 36028 5

1cp x 3/j

3) Andol 1g
10,60

LOT : 230366
EXP : 03/2026
PPV : 10,60DH

1cp x 3/j pch (3j) si
douleur
45,40

4) Duphalac supin

DUPHALAC 66,5%

SOL BUV 200 ML

P.P.V : 45DH40

LOT : 23E008
PFR: 10/2025
6 118000 010494

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.hick.r.ma

259,10

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 27602 / 2024 du 17/02/2024

Nom patient	HARIBE AHMED	Entrée	17/02/2024
	PAYANTS	Sortie	17/02/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SCANNER ABDOMINO-PELVEN	1,00		1 500,00	1 500,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
ECBU	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0930	1 116,00	1 116,00
			<i>Sous-Total</i>	3 096,00
PHARMACIE	1,00		57,42	57,42
			<i>Sous-Total</i>	57,42
Total Clinique				3 153,42

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	3 153,42
TROIS MILLE CENT CINQUANTE-TROIS DIRHAMS QUARANTE-DEUX CENTIMES		

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 22 89 28 54
 E-mail : contact@hkm.hk.hk
 N° INP 090061862



2400832835 / 151114205743ME

Prénom: AHMED

Nom: HARIBE

DDN: 10/03/1950 E: 17/02/2024

Service: URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

douleur Abdominale
avec sensibilité Abdominale
diffuse

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : Abdomino pelvien



Avec injection



Sans injection

Créat : 77

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :



Pacemaker



Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom **HARIBE AHMED**

Casablanca le **19.09.24**

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 Hépto-pancréatique :

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

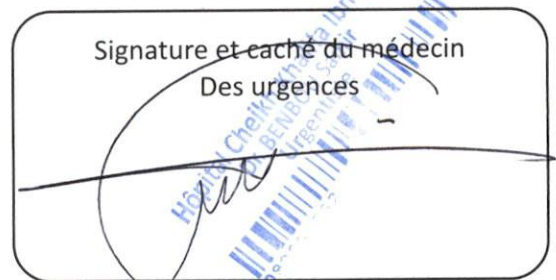
• Bilan cardiaque :

- ☒ Troponines
- ☐ BNP

Autres :

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

Signature et caché du médecin
Des urgences





Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 151114205743ME

Date de naissance : 10/03/1950

Sexe : M

Date de l'examen : 17/02/2024

Prélevé le : 17/02/2024 à 16:24

Edité le : 17/02/2024 à 20:00

Mr HARIBE AHMED

Dossier N° : 24024989K

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

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

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 17/02/2024 à 20:00

Signature

Pr. ZRARA Abdelhamid

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pour diagnostic biologique, de manière anonyme et respectant la confidentialité.



Destiné à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique formulée auprès de notre secrétariat médical.

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

17/02/2024
20:48

Nom Patient : HARIBE AHMED

Numéro dossier : 2400832835

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
17/02/2024	APOTEL 100 MG / ML, S INJECTA (01)	1722095	1,00	16,90	16,90
17/02/2024	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	1722095	1,00	4,35	4,35
17/02/2024	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)(1)	1722095	1,00	23,72	23,72
17/02/2024	INTRANULE G 20	1722095	1,00	1,61	1,61
17/02/2024	SERINGUE 10ML	1722095	1,00	0,94	0,94
17/02/2024	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1722095	1,00	1,44	1,44
17/02/2024	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1722095	1,00	0,26	0,26
17/02/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1722095	1,00	5,86	5,86
17/02/2024	FLACON POUR URINE ECBU 60ML	1722113	1,00	2,34	2,34
Total pharmacie					57,42

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 54 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2402171722248940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400832835	HARIBE AHMED	17/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	019376	3 096,00
PAYANT	Total payé	3 096,00
TROIS MILLE QUATRE-VING		

Reçu établi par : MOH.ALI

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@frkm.hrk.ma
N°INP 0900612862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 17 / 04 / 2014

Quittance - Paiement espèces 0857098

IPP :

N° D'admission : 2400832835 Montant : 57,42

Patient : HARIBE AHMED

Payé par : Lui - Ahmed

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 24 77
Email : contact@hikm.hk.ma
www.hikm.ma