

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M22- 0047194

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1688 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HARIBE AHMED 197254
 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 chronique
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
17/02/2024			3155,42	
Vain facture n° 2602/2024				091272773

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/24	259,10

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		G																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
				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
HUICK

شفي الجامعي
بي الشيخ خليفة

وصفة طبية



2400832835 / 151114205743ME

Prénom: AHMED

Nom: HARIBE

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

Service: URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

Urgences



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

comprimés effervescent
IXOR 20 mg 28
EXP 09/2025
LOT 35026 12
-LAPROPHAN-
PPV : 110DH80

1) Isoa 20mg
110,80

1cp/j le matin à jeun

2) Neofortan 160mg

1cp x 3/j

3) Andol 1g

1cp x 3/j pch (3j) si douleurs

4) Duphalac sup

1cp x 3/j pch (3j)

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 92DH30
EXP 10/2026
LOT 36028 5

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

Lot : 23E008
P.P.V : 45DH40
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-PELVIEN	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@hkh.zaid.gov.ae
 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 suscitité Abdominale
diffuse

• RADIO STANDARD :

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : Abdomino pelvique

Avec injection

Sans injection

Créat : 77

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker

Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Dr. Regagnat

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom **HARIBE AHMED**

Casablanca le **17.09.24**

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
20:48Nom 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.tcm.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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@frkm.hck.ma
N°INP 0900612162



Date : 17 / 02 / 2014

Quittance - Paiement espèces 0857098

IPP :

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

Patient : HARIBE AHMED

Payé par : LOU - AHMED

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 74 77
E-mail : contact@fckm.huk.ma
www.huk.ma