

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 canaux, 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 canaux.

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
- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0011788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10704 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GHALMI ILHAM
Date de naissance : 18/11/1974
Adresse : Appt 3H341, Résidence Dar Lkent, Dar Belazza, CASABLANCA
Tél. : 0661420595 Total des frais engagés : 886,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/02/2024
Nom et prénom du malade : ELIAN GHALMI Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie 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.

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 : 04/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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
10/02/21	1/soin	23186/24	280,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VALLEE Dr. Mohammed Amino ASR ot. Operation Lissafa 17 CS. Lissafa CASABLANCA Tel: 05 22 89 53 59 CE: 002052048000037	10-02-2021	106,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

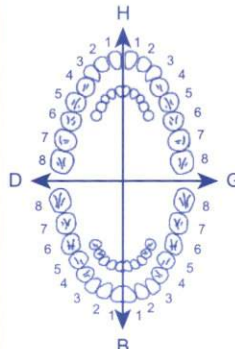
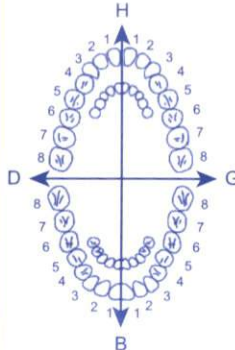
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2400828305 / H0119024239
Prénom : Ilham
Nom : GHALMI
DDN : 18/11/1974 E: 10/02/2024
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

1) Ibuprofène
600mg 3x par jour
2) Aclarlevure
2 gel xly par jour
3) Acetilis
2 xly par jour
106,00



PHARMACIE LA VALLÉE
Dr. Mohammed Amine ASRI
ot. Opération Lissasfa 27 09c Lissasfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 89 53 59
ICE: 00205284800037

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

ACETHIO®

500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20 comprimés

علاج الالتهاب



Voie orale

P.P.V : 37.00
LOT :
EXP :



30 gélules
Voie orale

- Charbon végétal
- Levure Saccharomyces Boulardii
- fibres d'inuline

Acta Levure

Acta Levure

- Charbon végétal
- Levure Saccharomyces Boulardii
- fibres d'inuline

LOT 230593
DLUO 06/2026
69000DH

Acta Levure
Action bénéfique sur la digestion
et les ballonnements
Maintien de l'équilibre de la flore intestinale
et du transit intestinal



30 gélules
Voie orale

Deva Pharmaceutique
Société à responsabilité limitée
Siège social : 73100, Chambéry



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 23 106 / 2024 du 10/02/2024

Nom patient : **GHALMI ILHAM**

Entrée 10/02/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU GRIL COSTAL	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	780,00
Total Frais Clinique				780,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 780,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		780,00		780,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 44 77
 E-mail: contact@ckm.hkz.ae
 M. 050321862



2400828305 / H0119024239

Prénom : Ilham

Nom : GHALMI

DDN : 18/11/1974 E: 10/02/2024

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Traumatisme hypochondre droit + flanc droit

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et cachet du médecin des
urgences

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061

090061



CASABLANCA, le 10/02/2024

PATIENT : GHALMI Ilham

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echographie abdominale**

IPP : **H0119024239**

DATE NAISSANCE : **18/11/1974**

NUMERO DOSSIER : **2400828305**

Résultat

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Les veines sus hépatiques sont libres.
- Vésicule biliaire, à paroi fine sans lithiasse visible.
- Voie biliaire principale de calibre normal et libre
- Tronc porte de calibre normal et perméable.
- Reins, rate et pancréas sont d'aspect normal.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Aérocolie

Au Total :

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie en dehors d'une aérocolie

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Yassine**

Dr. RACHID YASSINE
Médecin
Radiologue





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 10/02/2024

PATIENT : GHALMI Ilham

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Grill costal**

IPP : **H0119024239**

DATE NAISSANCE : **18/11/1974**

NUMERO DOSSIER : **2400828305**

Examen réalisé en technique numérique.

- Absence d'anomalie costo-vertébrale à caractère traumatique.
- Transparence pulmonaire normale.
- Culs de sac pleuraux libres.
- Silhouette médiastino-cardiaque sans particularité .

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Yassine**

Dr. RACHID YASSINE
Médecin
Radiologue

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



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
ROYAUME DU MAROC