

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- 0028658

12/07/2022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6896 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHIA MUSTAPHA

Date de naissance : 17.09.1954

Adresse : 27 Lot ALIYOUNG UZABHART

Tél. : 066115083 Total des frais engagés : 1364,59 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/07/2022

Nom et prénom du malade : OUAHIA MUSTAPHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire

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 : CASABLANCA Le : 26/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/07/2012	Sondage		800,00	
03/07/2012	visite		20,00	
05/07/2012	facture N° 92612		835,19	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/07/2012	229,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

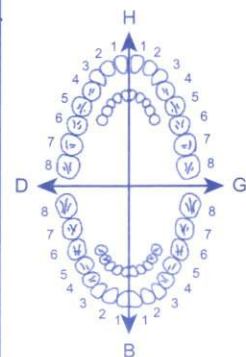
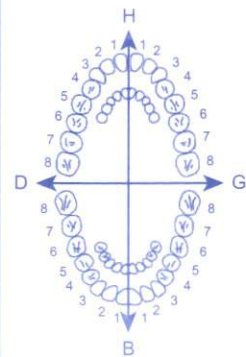
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																					
				Coefficient DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/07/2022

PHARMACIE LAIMOUN
SARLAD OUAJIMA
466, Lot. Allaymoune Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant HOUARY YOUNES
UROLOGIE
1 031213278

LOT 211325
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH

121.40

2 / UNAX 0.4



10800 ^ c p / le son au coucher

21

0 C E T 200 mg

^ c p x 2 1 ;



229.40

LOT 221751 1
EXP 05 2025
PPV 108.00



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant HOUARY YOUNES
UROLOGIE
031213278

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 92 612 / 2022 du 25/07/2022

Nom patient : **OUAKIM MUSTAPHA**

Entrée 25/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SONDAGE VESICAL	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		35,19	35,19
			Sous-Total	35,19
Total Frais Clinique				835,19

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
HUIT CENT TRENTE-CINQ DIRHAMS DIX-NEUF CENTIMES	Total	835,19

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			800,00		800,00	35,19

AGENCE COMMISSION
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
25/07/2022

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

C.SABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2207251024591240 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200535378	OUAKIM MUSTAPHA	25/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6473	800,00
PAYANT	Total payé	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMAJAF

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm-hck.ma
N° PIN 090051862
ICE HCK : 0917 449300026

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : OUAKIM MUSTAPHA	N° Facture 92 612	2200535378
-------------------------------	-------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ALESE 60X90CM	1	4,09	4,09
GANT D'EXAMEN EN LATEX NON POUDRE	10	1,16	11,60
SERINGUE 20ML	1	2,16	2,16
SERINGUE 5ML	1	1,01	1,01
SERINGUE GAVAGE 50/60	1	5,93	5,93
SONDE FOLEY A BALL LATEX CH18	1	10,40	10,40
Sous-Total consommable médical			35,19
Total pharmacie			35,19

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fchm-hck.ma
N° tél : 0900 61 862
ICE HCK : 0017490900026

COMPTE RENDU



2200535378 / 180327140056SM

Prénom : Mustapha

Nom : OUAKIM

DDN : 17/09/1954 E: 25/07/2022

Service : MÉD.RÉGÉNÉRATIVE (NA)



PAYANT

Sexe: M

BCG Hypin

Patient âgé de 67 ans ; suivi par TVN 17
17 DH wkm : BCG Hypin (4^e séance).

Patient en Douleur Dorsale
Sur Anesthésie locale

Suivi par VMA ch 16.

Préparation préalable BCG Hypin

80 mg, sous COCC sur table

15h30, Douleur de type

à l'arrêt de la table

2 heures d'insolation



Signature :



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 83 781 / 2022 du 04/07/2022

Nom patient : **OUAKIM MUSTAPHA**

Entrée 04/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SONDAGE VESICAL	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Frais Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
HUIT CENTS DIRHAMS	Total 800,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	800,00				800,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hckm-hckm.ma
 N° INP : 090061862
 ICE HCK : 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2207041038571910 / 1 / 687 669

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200526616	OUAKIM MUSTAPHA	04/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		800,00
PAYANT	Total payé	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MIS.CHE

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
E-mail : contact@ckh-hck.ma
Fax : 05 29 00 44 77
N° IPW : 050061862
ICE HCK : 00174003000036

COMPTE RENDU



2200526616 / 180327140056SM

Prénom : Mustapha

Nom : OUAKIM

DDN : 17/09/1954 E: 04/07/2022

Service : HDJ CHIRURGIE 1 (NA)

PAYANT
Sexe: M

- Patient âgé de 68 ans
- Suivi pour tumeur de vessie
- Indication : injection intra-vésicale BCG (3^e injection)
- Geste opératoire : sondage vésicale
- Patient en decubitus dorsal
- Désinfection et mise en place champ opératoire
- Sondage vésical atraumatique
- Injection 80mg de SII.ONCO.BCG
- Retrait sonde vésicale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. Mourad Younes
Urologie
0524175

Signature :



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25/07/2022

Quittance - Paiement espèces

0692449

IPP :

N° D'admission : Montant : 35,1900

Patient : Oua Kiam Mustapha

Cachet

