

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W19-440057

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12 348	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	55
Nom & Prénom :		HOUCACHINI Zineb	
Date de naissance :		31/03/84	
Adresse :		Residence Ambar	Casablanca
Tél. :		0661154727	Total des frais engagés : 602,66 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr. DINI Kouzia Professeur de pédiatrie Directrice de spécialité </div>			
Cachet du médecin :			
101 09254 26/08/19 AIDANI Yasmine Age: 3ans			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Trace motrice du pied g. 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

Signature de l'adhérent(e) :

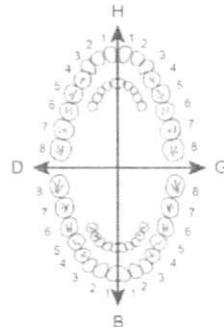
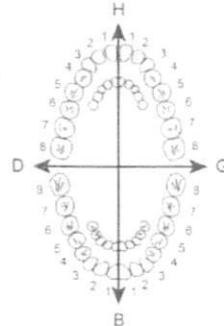
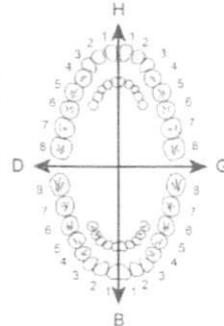
Le : 03/09/19

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
26/08/19	CD		320,22 Dh	INSTITUT UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA Dr. DINI Soufia Professeur en pédiatrie Directrice de spécialité 101100254

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES SCIENCES Centre de la Santé et de la Recherche Tel : 022 99 48 11	26/08/19	71,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DES SCIENCES Centre de la Santé et de la Recherche Tel : 022 99 48 11			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553		
D 00000000 00000000 B 00000000 00000000				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفه
عاجج تكون

Band de Gaze

Gaze Hydrophile
avec 2 fissures

3.50 Dhs

وصفة طبية

Ordonnance



1900104483 / H0119031242

Prénom : Yasmine

Nom : AIDANI

DDN : 15/04/2016

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

3.50 Dhs

Bandes (2R unit)



45.00 Dhs

Alcool 60%.



~~Alcool 60%~~

~~1 dose (15)~~



X 41 C7
Y 41 C7

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. OUNI Kourba
Professeur de pédiatrie
Bachir de spécialité

PHARMACIE DES SCIENCES

Centre Commercial Laimoun II

CASABLANCA

Tél : 022 99 48 14

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

PER.11.2014
LOT : 8M04

NO - DOL FEN 20MG/ML

SUSP BUV FL 150ML

P.P.V : 22DH50

6 118000 061892

Coller Etiquette

1900104483 / H0119031242

Prénom : Yasmine

Nom : AIDANI

DDN : 15/04/2016 E: 26/08/2019

Service : URGENCES (NA)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Prise en charge : PAYANT

Sexe: F

**BILAN
RADIOLOGIQUE**

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Transfus...

• **RADIO STANDARD:**

FACE

PROFIL

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER** :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• **IRM** :

Pacemaker Dispositif métallique

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
DINA Dousha
Professeur de pédiatrie
Directrice de spécialité
10110924

Signature et caché du médecin des
urgences

2

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
DINA Dousha
Professeur de pédiatrie
Directrice de spécialité
10110924

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 103 716 / 2019 du 26/08/2019

Nom patient : **AIDANI YASMINE**

Entrée 26/08/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/08/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Supplément pour reprographie ou duplicata	1,00		50,00	50,00
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
- Radiographie du pied sous une incidence	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	530,00
Total Frais Clinique				530,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT TRENTÉ DIRHAMS	Total	530,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							530,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: comptes@ckm-hkib.dz

Casablanca , le 26/08/2019

PATIENT : AIDANI Yasmine

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Pied F

Résultats:

- Minéralisation osseuse normale.
- Articulations tarsiennes, métatarsiennes et inter phalangiennes de morphologie normale.
- Absence de lésion osseuse d'allure traumatique évidente.
- Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : DR berrada sophia

