

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

207100

M23- N° 0037288

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053

Société :

R. A. M

Petrafilé

Nom & Prénom : KHIDIOUT KHADJJA

Date de naissance :

22/02/1948

Adresse :

342 Bd oued ourm Rabii ouffa

Tél. : 0661311351

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEKHLIT MOUNIR  
Professeur Assistant en Médecine  
des Urgences et de Catastrophes  
INPE : 041231853

Date de consultation :

30/04/2024

Nom et prénom du malade :

Khidioui Khadija

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traumatisme

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. LEKHLIT MOUNIR  
Professeur Assistant en Médecine  
des Urgences et de Catastrophes  
INPE : 041231853



### 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
30/04	soin facture		1300 D/H	
20/24	N° 67 784		1300 D/H	Dr. LEKHLIT MOUNIR Professeur Assistant en Médecine des Catastrophes et de l'INPE : 041231853

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. The upper arch is labeled H at the top, D on				



وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 01/05/2024



2400873425 / H0124013416

Prénom : Khadija

Nom : KHIDIOUI

DDN : 22/02/1948 E: 30/04/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

1) Panadol extra

1 cp a 3 / Jour pdt 48h

Dr. LEKHLT MOUNIR  
Professeur d'Etat en Médecine  
des Urgences et de Catastrophes  
INPCT 2024 1231853

# HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 67784 / 2024 du 30/04/2024

Nom patient	KHIDIQUI KHADIJA	Entrée	30/04/2024
	PAYANTS	Sortie	01/05/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
SCANNER CEREBRAL	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 300,00</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  MILLE TROIS CENTS DIRHAMS	Total	1 300,00

hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
e-mail : contact@fclkm-hck.ma



Date : 30/04/2023

**Quittance - Paiement espèces** 0879815

**IPP :** .....

**N° D'admission :** 2400823425 **Montant :** 300,00

**Patient :** KHADIJOU KHADISA

**Payé par :** ELIE-MENK

**Cachet**

Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid  
Tel: 05 25 00 03 53 45  
Fax: 05 25 00 44 77  
E-mail: contact@fckm-hck.mr  
Site: www.fckm-hck.mr

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2405011023271228 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400873425	KHIDIQUI KHADIJA	01/05/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	016579	1 000,00
PAYANT	Total payé	1 000,00
MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : AYO.JEDD



مركز التحديدات

01/05/24 12:22:43  
9900397770  
93977701  
HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A0000000031010  
APP : Visa  
KHIDIQUI / KHAD.M  
xxxxxxxxxxxxx1493  
08/25 CARTE NATIONALE  
CE786550DDB1EB5B  
200-0-9999-1-44

MONTANT: 1000,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 003  
NUM AUTORISATION: 000223  
STAN : 016579

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 30-04-2024

# COMPTE RENDU

Dr. LEKHLIT MOUNIR  
Professeur Assistant en Médecine  
des Urgences et de Catastrophes  
INPE : 041231853

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme ..... K hidouï Khadija ..... Le : 30/04 / 2024

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de ..... Traumatisme .....

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

- RADIO .....
- ECHOGRAPHIE .....
- SCANNER ..... *cerebral* .....
- IRM .....
- AUTRES : .....

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Dr. LEKHLIT MOUNIR  
Professeur Assistant en Médecine  
des Urgences et de Catastrophes  
INPE : 041231853



Coller Etiquette De BAF



2400873425 / H0124013416

Prénom : Khadija

Nom : KHIDIQUI

DDN : 22/02/1948 E: 30/04/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN

### RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Transfert Crâne à 18h00

des PCI au Brésil

• RADIO STANDARD : .....

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Cérébral

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Dr. LEKHLIT MOUNIR  
Professeur Assistant en Médecine  
des Urgences et de Catastrophes  
INPE : 041231853

CASABLANCA, le 01/05/2024

PATIENT : KHIDIOUI Khadija

EXAMEN(S) REALISE(S) : Scanner Crâne sans produit de contraste

IPP : H0124013416

DATE NAISSANCE : 22/02/1948

NUMERO DOSSIER : 2400873425

## **TDM CEREBRALE**

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique sans injection IV de PDC iodé.

### **RESULTATS :**

- Absence d'anomalie de densité parenchymateuse sus ou sous tentorielle.
- Absence d'hématome intra- ou extra-parenchymateux notable à l'étage sus ou sous tentoriel.
- Absence d'hémorragie sous arachnoïdienne ou intra-ventriculaire.
- Atrophie cortico-sous-corticale
- Structures médianes en place.
- Citernes de la base libres.
- Absence de trait de fracture notable.
- Charnière cervico-occipitale sans anomalie.

### **CONCLUSION :**

- **Absence de lésion traumatique notable.**
- **Atrophie cortico-sous-corticale**

En vous remerciant de votre confiance

Signé: Dr. QECHCHAR

*Dr. QECHCHAR ZOUHAIR  
Radiologue et Médecin Radiologue  
Radiologue Diagnostique et Interventionnel*