

# 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.

### 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9775

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

471 2 Haj Fouzi

Date de naissance :

04/07/1951

Adresse :

IN 15 Rue Koutoubia Ben Youssouf

Tél. :

0676 09 2631

Total des frais engagés : 0676 09 2631 Dh:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/10/20 /

Nom et prénom du malade : Hind AITELHAJ Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Doux + de l'insomnie

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) :



N° W19-554495

ND45043

Optique

Autres

## **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
16/10/20	G	G 1	G	INP : 09103129 Dr. SAHIB AICH Médecin-chef du Centre de Santé Dr. Faraj El Ghorba Casa-Anfa 02 35 71

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Service de Radiologie E. GAILL - Hôpital Sainte-Justine 17/10/2000</i>	17/10/2000	Scanner Technique	15.000\$

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SAHIB Aicha  
Médecin-chef du Centre  
de Santé Dr. Faraj  
Délégation Casab-Anfa  
Tél : 06 71 63 33 71

ORDONNANCE

....., LE 16/10/20

Hind AIT ELHAJ

11 TDM thoracique

Doux + de floraison

Hôpital Cheikh Khourouk  
Service Radiologie

Tel : (+212) 0529 90 44 60  
E-mail : [www.hck-tckm.tn](http://www.hck-tckm.tn)

SAHIB Aicha  
Médecin-chef du Centre  
de Santé Dr. Faraj  
Délégation Casab-Anfa  
Tél : 06 71 63 33 71

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **102 322 / 2020** du **17/10/2020**

Nom patient : **AITELHAJ HIND**

Entrée **17/10/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **17/10/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00 Sous-Total	1 500,00 1 500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 500,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 1 500,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 500,00	1 500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Service Radiologie  
Tél: (+212) 0529 00 45 11  
www.hrk-ck.com

Casablanca , le 17/10/2020

PATIENT : AITELHAJ HIND

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Scanner thoracique**

**TECHNIQUE :**

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spiralé, avec injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

**RESULTATS :**

→ L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :

- Absence de nodule parenchymateux pulmonaire.
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.

→ L'analyse en fenêtres médiastinales :

- Absence d'épanchement pleural liquide.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

**CONCLUSION :**

**Aspect TDM thoracique sans anomalie**

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Dr Benrami**

Dr M. BENRAMI



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

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 201017427232850 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000262223	AITELHAJ HIND	17/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3363	1 500,00
PAYANT	Total payé	1 500,00
MILLE CINQ CENTS DIRHAM		

Reçu établi par : IMA.JAF



# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale



## COMPOSITION :

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

ج ٥٠٠

azix

## POSOLOGIE ET MODE

### ADMINISTRATION :

ulte : lire attentivement la notice.

PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

PPV: 79DH70  
PER: 06/23  
LOT: J1900

3 Comprimés  
sécables



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Buchouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

ج ٦

ج ٣

ج ٦ ١١٨٠٠٠٠٤٠٩٤١

3 Comprimés sécables

AZIX® 500 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

AZIX®  
Azithromycine  
500 mg

05.11  
100008



Credit Mutuel

17/10/20 14:24:38  
9900397754  
93977501  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
M AIT EL HAJ ISMAIL  
xxxxxxxxxxxxx5848  
08/22 CARTE NATIONALE  
81B2F67CC37419CC  
201-0-9999-1-44

MONTANT: 1500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005  
NUM AUTORISATION: 673040  
STAN : 003363

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET À CONSERVER  
COPIE CLIENT