

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

- 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.

Nº M21- 066192

Optique *146097* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12294* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MERNISSI REDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *22/12/2022*

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Ver hypericte*

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 : *Casab 123102023*

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *Reda Mernissi*

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
22/12/2022	Urologie	CS	1300,00	Pr. RABIL Rénale Urologie-Transplantation-Rénale 091037705
23/12/2022	CS		ct	Pr. RABIL Rénale Urologie-Transplantation-Rénale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/20	108,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Tél: 05 55 25 02 23 E-mail: labotckm.hautetfort@wanadoo.fr	22/12/15	Robsoft	72,0000
	23/12/15	Cytocaptose Rendre Gracie	100,0000

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'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/11/2002

HERASSI Reda

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RAHI Recouvrance
Urologie Transplantation-Transfert
091037766

Ure Ostien

Laboratoire Néphrologie et dialyse
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@fkm-hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RAHI Recouvrance
Urologie Transplantation-Transfert
091037766

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : **169538 / 2022** du **22/12/2022**

Nom patient	MERNISSI REDA	Entrée	22/12/2022
	PAYANTS	Sortie	22/12/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00



Reçu de caisse

N° : 2212221623070790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200612415	MERNISSI REDA	22/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3902	72,00
PAYANT	Total payé	72,00
SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS		

Reçu établi par : SAL.JAR

Laboratoire de Santé de Casablanca
Tél : 0524 55 00 00
E-mail : labo.santecasablanca@gmail.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 169 566 / 2022 du 22/12/2022

Nom patient : **MERNISSI REDA**

Entrée 22/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0060	72,00 Sous-Total	72,00 72,00
Total Frais Clinique				72,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS	Total	72,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	72,00	72,00	0,00

Laboratoire National de Référence
tél : 05 29 45 02 33
e-mail : labo@ckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : **221222155224RA** / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200612390	MERNISSI REDA	22/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0504	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service d'urgences
ISPE 15522466 0529004477
Tél.: 0529004466 0529004477

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

23/12/2008

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie Transplantation-Rénale
091037705

M. MERNISSI Reda

108,00 Dhs
VECA 5 mls

LOT : 8557
UT. AV : 04-25
P.P.V : 108 DH 00

Dr. Redouane
Urologie
Transplantation
Rénale
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr. RABII Redouane
Urologie Transplantation-Rénale
091037705

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/12/2022

H. HERNI SS Reda

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologue Transsphinctérienne
091037705

Dysuria
sanguine urinaire

UIJ avec
urine mictionnelle
et floc
ur RPT

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologue Transsphinctérienne

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 169 723 / 2022 du 23/12/2022

Nom patient : **MERNISSI REDA**

Entrée 23/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CYSTOGRAPHIE RETROGRADE	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS	Total	1 000,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 000,00	1 000,00	0,00

Signature: *[Signature]*
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tunisie 10529
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

CASABLANCA, le 23/12/2022

PATIENT : MERNISSI REDA

IPP : **H0122037015**

DATE NAISSANCE : **01/01/1980**

NUMERO DOSSIER : **2200612589**

UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE

ABDOMEN SANS PREPARATION :

- Absence d'opacité calcique se projetant sur l'arbre urinaire.
- Absence de lésion osseuse radiologiquement décelable.

APRES INJECTION INTRAVEINEUSE DE PRODUIT DE CONTRASTE :

Haut appareil :

1/ A droite :

- Rein de taille normale de contours réguliers, secrétant et excrétant dans les délais physiologiques.
- Pyélocalicogramme normal.
- Uretère fin, libre et perméable.

2/ A gauche :

- Rein de taille normale de contours réguliers, secrétant et excrétant dans les délais physiologiques.
- Pyélocalicogramme normal,
- Uretère fin, libre et perméable.

Bas appareil :

- Vessie de bonne capacité, de contours réguliers.
- Mictionnel normal.
- Absence de résidu post mictionnel.

CONCLUSION :

UIV normale

Signé : **Pr MAHI**
Code INPE: 011051430



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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

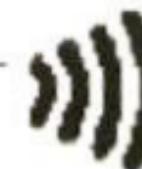
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fkm.ma



SANS CONTACT



22/12/22 15:24:17
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
xxxxxxxxxxxx7536
CARTE NATIONALE
881E2868D09C4220
201-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 009
NUM AUTORISATION : 178904
STAN : 000504

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



SANS CONTACT



22/12/22 15:24:17
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
xxxxxxxxxxxx7536
CARTE NATIONALE
881E2868D09C4220
201-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 009
NUM AUTQRISATION : 178904
STAN : 000504

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERUER
COPIE CLIENT