

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.

N° W21-781036

156263

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2340 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : AL AINI CHAN KAROUI

Nom & Prénom : AL AINI CHAN KAROUI

Date de naissance : 10.3.55

Adresse : 2 Lat LAHNOUZ casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age: /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : On stahle

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) : 

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
22/03/23	CS		300 Dhs	INP : [Signature]
Dr. Bilekhi International Service Urologie IMPE 1900616162 SUI 15561992				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ordonnance</i> <i>DU 10/03/2023 N°1</i> <i>ELGAZI BLANCA</i> <i>Ordonnance</i> <i>DU 10/03/2023 N°1</i> <i>ELGAZI BLANCA</i>	<i>22/03/23</i>	<i>259,00</i>
<i>E</i>	<i>28/03/23</i>	<i>40,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>OSG</i> <i>Laboratoire National de Radiologie</i> Tél : 05 29 05 00 33 E-mail : labo@ekm-k.fr	22/03/23	B150,12	180,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22 / 03 / 2023

ALAMI-CHARAF ESSAID ALI ALAMAL

- ECBU + Anti biogramme.

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@fckm-hck.ma

Dr D. S. Alami
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Assistant en Radiologie
OROLOGIE
10700 Casablanca
Tunisie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 43184 / 2023 du 22/03/2023

Nom patient	ALAMI-CHAMS KAMAL	Entrée	22/03/2023
	PAYANTS	Sortie	22/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0150	180,00	180,00
Total Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS			

laboratoire National de Référence
réf : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@fckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 43 122 / 2023 du 22/03/2023

Nom patient : ALAMI-CHAMS KAMAL

Entrée 22/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INPE : 090061862
Tél.: 0529004466 / 0529004477

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

28/03/2023

M Alami Chamaa Kamal

40.00

Colipred 20 mg



24/03/2023

PHARMACIE HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
AL FIRDAAUS GH 6 IMM 249 N°
OUARAKAS CASABLANCA
Tél : 05 22 03 77 77

PPV: 40DH00
PER: 02/26
LOT: M234

b B Atte des Comptes - Rés. Sels - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ward 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

وصفة طبية
Ordonnance
Casablanca, le : 22/03/2023

ALARY - CHAN

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASSistant M. HAFID YOUNES
03/03/2023

58.90x2

1/ Octet 200 mg
1(pha2), poft 10i-s



21 Profaird 100 mg
1(pha2), poft 07i-s

121.40
31 Lmax 010 mg
1(pha2), poft 1mig

T₅ 239.20

PHARMACIE HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Ordonnance
AL FIRDAOUS GH26 IMM. 249 N°1
OULFA CASABLANCA
Tél : 05 22 48 70

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naïri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Cas

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

LOT	221753	2
EXP	05/2025	
PPV	58.90	

LOT 221081
EXP 02/2024
PPV 121.40DH

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170209115634SI

Date de naissance : 10/03/1955

Sexe : M

Date de l'examen : 22/03/2023

Prélevé le : 22/03/2023 à 14:57

Édité le : 23/03/2023 à 10:06

ALAMI-CHAMS KAMAL

Dossier N° : 23035853K

Docteur HOURY YOUNES

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT : Non renseigné

ASPECT MACROSCOPIQUE : Clair

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	:	< 10 ⁴ /ml	< 10 ⁴ /ml
------------	---	-----------------------	-----------------------

Hématies	:	< 10 ³ /ml	< 10 ³ /mL
----------	---	-----------------------	-----------------------

Cellules épithéliales	:	Absence
-----------------------	---	---------

Autres cellules	:	Absence
-----------------	---	---------

Cylindres	:	Absence
-----------	---	---------

Cristaux	:	Absence
----------	---	---------

Eléments fongiques	:	Absence
--------------------	---	---------

CULTURE

Culture	:	Négative
---------	---	----------

Numération des germes	:	< 10 ³ UFC/ml
-----------------------	---	--------------------------

COMMENTAIRE	:	Absence d'arguments microbiologiques en faveur d'une infection et/ou d'une colonisation urinaire.
-------------	---	---

Le 23/03/2023 à 10:06

Signature

Belabbes Houria

Dr. H. BELABBES.

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 / 1