

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 068050

156682

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ES SAKHI BRAHIM

Date de naissance :

01.01.53

Adresse :

Res : ATTADAMOUR RUE 1 n° 15
OURAA - CASA

Tél. : 0663473186

Total des frais engagés : 1436,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2014

Nom et prénom du malade : 68- SAKHI Brahim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture cheville 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 : 27-03-23

Le : 27-03-23

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
27/03/2023	GS		300.000	Universitaire International Cheikh Khalifa Dr. ABDERRAHMANE ALIDRISSI Najib Chirurgie de l'Urologie 153902
20/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAOIE SARANA S.A.R.L.A-U 140 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	27/03/2023	956,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RAJAH International Clinic RADILOGIE 246434	27/3/2023	Technicien	100000

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely upper, with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The teeth are arranged in a curve, with larger molars at the bottom and smaller incisors at the top. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the center. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the center of the arch. The teeth are numbered as follows: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the left side, and 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 on the right side.

(Création, remont, adjonction)

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

13.03.2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agnès ALIDRISI Najib
Gynécologie et Médecine de la reproduction
071153902

John

Le cheikh Ibrahima Zaid
Service Radiotéléphonique
Tél : (+212) 2529 00446
e-mail : zaid@ckm.mr

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aggrégé ALIDRISSI Najib
Orthopédie Chirurgie de la main et de l'articulation
071153902

Présentation :
Désinfectant :
Croscarboxyméthyle sodique ;
Substance active : Vitamine
B6, Vitamine B2, Désherbant

LOT: 2211021
EXP: 11/2025
PVC: 143.00 DH
M000.00

ZENITH Pharma
MM N° 556/17 DMP/21/INRD
6 11800 12712 14
PPV : 283.00 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

NotreGarde

Fabriqué par:

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique, 6 118001 320103

ENK 3259-850

0185 2025-01

LOT

REV: 2021/01/27
PUC: 198.00 DH

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

28/08/2002

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aérogare ALIDRISSI Najib
Orthopédie - Traumatologie

ES-SAKHA Casablanca

49.60

D D can 10000 mg/10 days

139.00

PHARMACIE SARANAT
S.A.R.L A-U
140 Lot Smiralda Lissasta
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

113.00

D

Atco 24

10g Ca + months

283.00 x 2

Atco 1 month

10g Dg

956.00

Chondrosoft 60

1 gel x 30

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aérogare ALIDRISSI Najib
Orthopédie - Traumatologie
071153902

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

CASABLANCA, le 27/03/2023

PATIENT : ES-SAKHI BRAHIM

IPP : **160203161716FA**

DATE NAISSANCE : **01/01/1953**

NUMERO DOSSIER : **2300661802**

Rx CHEVILLE GAUCHE F/P

Résultats :

Consolidation de la solution de continuité osseuse métaphysodиaphysaire de l'extrémité inférieure du péroné avec déplacement postérieur

Déminéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**

Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2303271352392790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300661844	ES-SAKHI BRAHIM	27/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	014857 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SOF. OUB

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 0524 90 44 77
Fax : 0524 90 44 77
E-mail : contact@telam.hck.ma
N°INP 090061862

FACTURE

N° 45.136 / 2023 du 27/03/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 27/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			300,00		300,00	0,00

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300661844
Nom patient	ES-SAKHI BRAHIM
Médecin	PR. AL IDRISI NAJIB
Motif	CONSULTATION
Encaissement	300,00
<i>Visa accueil</i> SOF. OUB 13:48	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.hck.ma
NINP 090061862

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230327132052AI / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300661802	ES-SAKHI BRAHIM	27/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	576	180,00
	Total payé	180,00

Reçu établi par AIC.GHAZ

[Signature]
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 14 66
E-mail : www.hckm.mg

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 45 088 / 2023 du 27/03/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 27/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

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

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		180,00		180,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 42
E-mail: www.hck-fcikr.mr



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Sous EDITION HF CHEIKH

27/03/23

13:21:04

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

432

477923*****5026

09/26 CARTE NATIONALE

220-0--0-44

Num Commerçant :	2220064
Num TPE :	08172121
Num Transaction :	000003
Num Autorisation :	0P9925
Num STAN :	014857

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74



مركب الت Cedibat

SANS CONTACT



27/03/23 12:51:00
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx5026
CARTE NATIONALE
5F0152112AF30661
220-0-9999-1-44

MONTANT : 180,00 MAD
NUM TRANSACTION : 008
NUM AUTORISATION: OG0954
STAN : 000576

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT