

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 068050

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAKHI BRAHIM

Date de naissance : 07.01.53

Adresse : Rés. ATTADAMOUN, RUE 1, N° 15

OULAA - CASA

Tél. : 0663413186 Total des frais engagés : 1436,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/23

Nom et prénom du malade : ESSAKHI BRAHIM Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fracture humérale gauche

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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 | G | | 300 MA | Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Anredje ALIDRISSI Najib Dentiste - Radiologie 05 24 53 90 2 |
| 2023 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SARANA S.A.R.L.-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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Ass BOU ANTAWAL RADIOLOGIE 05 24 54 34 | 27/03/2023 | 2400 | 1800 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

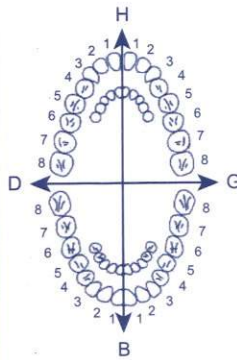
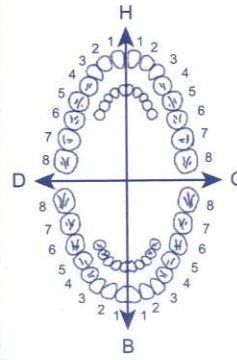
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|-------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET 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. Agrégé ALIDRISSI Najib
Ordonnance - Rhumatologie
071153902

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agrégé ALIDRISSI Najib
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 004466
E-mail : radiologie@hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agrégé ALIDRISSI Najib
Ordonnance - Rhumatologie
071153902

01

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

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARC-LEZ-ENFAWENNE, Belgique. 6 1180011320103



0

3

2



LOT

PUC: 198.00DH
REV. 2021/01/C



CNK 3259-850

0185
2025-01

Désintégrant :
Croscarmellose sodique :
Substance active : Vitamine
B6, Vitamine B12, Colorant.

LOT: 2211021
EXP: 11/2025
PUC: 143.00DH

ZENITH Pharma
MM N° 556/17 DMP/21/NRD



PPV : 283,00 DH



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

28/03/2022

ES-SAKH Brahim

49.60

D D cure 1000 1 amp 10 jours

139.00

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

143.00

D D cure 24 1 amp 10 jours

283.00 x 2

D D cure 1000 1 amp 10 jours

956.60 x 4

Chondrochitin 400
1 gel 2x1

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aouge ALIDRISI Najib
Ordonnance - Traumatologie



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 métaphyso diaphysaire 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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. B. BOUKNANI
RADIOLOGIE
021245454



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL 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 Zaïd
Tél : 05 23 44 74 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061867

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

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 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

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

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: contact@hkh.ma
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 27/03/2023

BILLET D'ADMISSION

| | |
|--------------|---|
| N° admission |  2300661844 |
| Nom patient | ES-SAKHI BRAHIM |
| Médecin | PR. AL IDRISI NAJIB |
| Motif | CONSULTATION |
| Encaissement | 300,00 |

Visa accueil

SOF.OUB 13:48

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : fact@fckm.hck.ma
N° INP 090061862

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, GHIZ

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-rckm.ma

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 |
|--|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D | 1,00 | | 180,00 | 180,00 |
| | | | Sous-Total | 180,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 180,00 |

| | |
|---|--------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| 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-fckm.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

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**



مركز النقديات

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: 0G0954

STAN : 000576

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT