

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.

N° W21-803447

264049

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ES.SAKHTI Brahim

Date de naissance :

01-01-53

Adresse :

ATTADAMOUNE, Rue 7- N° 75 ouest

ESRA

Tél. :

066 347 89 86

Total des frais engagés : 180,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr. Aggwo ALIDRISSI Najib

Orthopédie - Traumatologie

071153902

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/08/2023

Age:

Nom et prénom du malade :

ES.SAKHTI Brahim

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Foul

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 :

ESRA

Le : 28/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

4/11/23

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
09/03/2013	g			<p style="text-align: right;">INP : Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Agrégé ALIDRISSI Najib Orthopédie - Traumatologie</p> <p style="text-align: right;">071153902</p> 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<u>Dr. SARAH LAFETE RADIOLOGUE</u>	09/05/2023	Examen de la vésicule biliaire	180,00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>H</p> <p>G</p> <p>D</p> <p>B</p> $\begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ <p>H</p> <p>G</p> <p>D</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					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 :

29/03/2020

Hôpital Universitaire International de
Pt. Aggrégé ALIDRASSI Nahla
Orthopédie - Traumatologie
971-5390

*Stott
Sohn*

Le cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
www.fckm.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. AggRéGé AL IDRISI Najib
Orthopédie - Traumatologie



CASABLANCA, le 29/05/2023

PATIENT : **ES-SAKHI BRAHIM**

Rx CHEVILLE GAUCHE F/P

Résultats :

Aspect hétérogène de la malléole externe avec la corticale rompue par endroits.
Interligne articulaire respectée.
Surfaces articulaires régulières.
Epine calcanéenne.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr LAFHEL Sarah**

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.fckm.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2305291852477150 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300692581	ES-SAKHI BRAHIM	29/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1757	180,00
PAYANT	Total payé	180,00
CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FOU.SAB

E-mail : www.bnk-tcm.mc
Tél : (212) 0529 00 44 66
Service Public
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 75 215 / 2023 du 29/05/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 29/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: (+212) 0529 00 44 66
www.hckm.ma



مركز التقدیمات

SANS CONTACT))))

29/05/23 17:49:41
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxxx5026
CARTE NATIONALE
1E9109E54AC6CD15
220-0-9999-1-44

MONTANT : 180,00 MAD
NUM TRANSACTION : 017
NUM AUTORISATION: 0C6708
STAN : 001757

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT