

# 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

- Reclamation : 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

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3269** Société : **203528**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

**CHRAIBI FAICAL**

Date de naissance :

**1949 a FES**

Adresse :

**lotissement Albadja Avenue Rue 6 N° 57 ouffa**

Tél. : **2666198568**

Total des frais engagés : **300 + 294 - 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 : **Prostate**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : **Casa le 27/04/2024** Le : **26/04/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **FAICAL CHRAIBI**

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Hôpitaux Universitaires de Khartoum	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Actes
15/04/2014	Urologie			Pr. MOHAMED YOUNES Professeur Agrégé d'Urologie Hôpital Universitaire International Sheikh Khalifa 31213275
16/04/2014	Urologie			Pr. MOHAMED YOUNES Professeur Agrégé d'Urologie Hôpital Universitaire International Sheikh Khalifa 31213275
17/04/2014	Urologie			Pr. MOHAMED YOUNES Professeur Agrégé d'Urologie Hôpital Universitaire International Sheikh Khalifa 31213275

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/2014	294,00 Dhs

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عن طريق الفم

كبسولة ذات تحرير بطيء

٠٤٥٠ مغربي

تامسولوزين وين® ت.ب.  
TAMSULOSINE WIN

كبسولات تامسولوزين

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم дозы назначения

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة ١

101 : 22E005  
PER.: 02 2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00  
9 118000-062257

POSOLOGIE / الجرعة الموصى بها - HORAIRES / المواعيد

MATIN / الصباح

SOIR / العصر

الليل / العشاء

REPASSAGE / التجدد

عن طريق الفم

كبسولة ذات تحرير بطيء

٠٤٥٠ مغربي

تامسولوزين وين® ت.ب.  
TAMSULOSINE WIN

كبسولات تامسولوزين

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم дозы назначения

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يمسمى فقط بموجب وصفة طبية - المجموعة الأولى

101 : 22E005  
PER.: 02 2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00  
9 118000-062257

POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / المواعيد

MATIN / الصباح

SΟΗ / العصر

الليل / العشاء

REPASSAGE / التجدد

عن طريق الفم

كبسولة ذات تحرير بطيء

٠٤٥٠ مغربي

تامسولوزين وين® ت.ب.  
TAMSULOSINE WIN

كبسولات تامسولوزين

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم дозы назначения

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يمسمى فقط بموجب وصفة طبية - المجموعة الأولى

101 : 22E005  
PER.: 02 2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00  
9 118000-062257

POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / المواعيد

MATIN / الصباح

SΟΗ / العصر

الليل / العشاء

REPASSAGE / التجدد

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

٠٥ / ٠٤ / ٢٤

CHRAIBI FAICAL

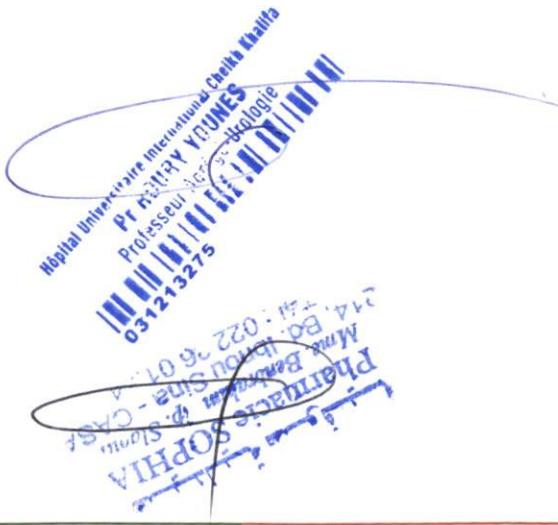
98.٣٣ x ٣

TAMSULOSINE 0,4 mg.



Acpl/j pdt 3 mois

2 294. ٣٣



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 151008151631GH

Date de naissance : 01/01/1949

Sexe : M

Date de l'examen : 06/04/2024

Prélevé le : 06/04/2024 à 11:32

Édité le : 06/04/2024 à 13:56

Mr CHRAIBI FAICAL

Dossier N° : 24041698K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## BIOCHIMIE SANGUINE

ACIDE URIQUE	:	62 mg/L 366.86 µmol/L	26 - 72 155 - 430	72 mg/L (09/11/2023)
--------------	---	--------------------------	----------------------	-------------------------

## MARQUEURS TUMORAUX

PSA TOTAL (Chemiluminescence / Architect Ci4100)	:	0.21 ng/ml	< 4.0	0.26 ng/ml (23/09/2023)
-----------------------------------------------------	---	------------	-------	----------------------------

Note : le toucher rectal, le massage prostatique, une biopsie, augmentent transitoirement les taux du PSA

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
CHEIKH KHALIFA  
090081862

Le 06/04/2024 à 13:56  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr YAHYAOUI Anass  
Biologie  
107165797

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SANTÉ FORMATION RECHERCHE

***Horaire***

Lundi-Vendredi(07h30 à 19h00)

Samedi (07h30 à 16h00)

***Service standard :*** +212 529 00 44 77

***Email :*** labohck@hck.ma

# **Externe**

**Salle de prélevement**

**Dossier : 24041698K**

**Dossier : 24041698K**

**de : Mr CHRAIBI FAICAL**

**IPP : 151008151631GH Date de naissance : 01/01/1949**

**Analyses : Acide urique (Uricémie) - PSA totale (Antigène spécifique prostate total)**



مركز التقدیمات

SANS CONTACT



06/04/24 11:31:09  
9900398026  
93980201  
HOP CHEIKH KHALIFA G10  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx6199  
CARTE NATIONALE  
C665FB24AEEF3083  
220-0-9999-1-44

MONTANT : 396,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 003  
NUM AUTORISATION : 014896  
STAN : 017053

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERUER  
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2404061035116270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400860541	CHRAIBI FAICAL	06/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	017053	396,00
PAYANT	Total payé	396,00
TROIS CENT QUATRE-VINGT		

Reçu établi par : AMA.SEM

Numéro de Référence:  
06.29.05.02.33  
E-mail : fabo@fckm-hck.ma



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le : 05/07/26.

CHRAIBI FAICAL

P S A tota D<sub>e</sub>



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 56 492 / 2024 du 09/04/2024

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 09/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/04/2024

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

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 Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Service d'urologie  
BP 82403 Oum Rabii  
Tél.: 05 29 03 45 45 / 05 29 03 44 77

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

## **Reçu de caisse**

N° : 240409115500SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400861760	CHRAIBI FAICAL	09/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1831 Lui-même	300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

*Reçu établi par : SAL RAY*



**CMI**

مركز التقديمات

achat ))))

09/04/2024

12:53:59

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8  
Casablanca

A0000000031010

XXXXXXXXXXXX6199

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION :000004

NUM AUTORISATION :015827

STAN :001831

TICKET CLIENT