

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 canaux, 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 canaux.

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
M23-0027967

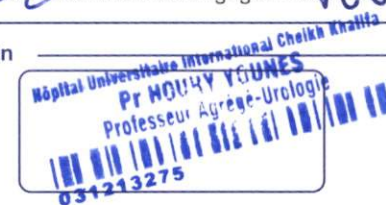
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 203528
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAIBI FAICAL
 Date de naissance : 1949 à FES
 Adresse : Lotissement Al Adnamme Que 6 No 57 ouffa
 Tél. : 666198568 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 Pathologie : 26.10.2024

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 : Casablanca 24/04/24 Le : 24.04.24
 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

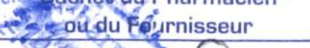
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
01/01/2024	Consultation	1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/24	294.004

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

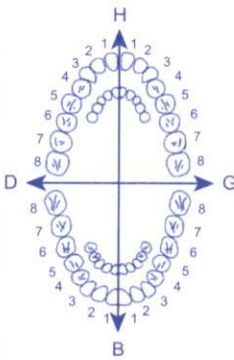
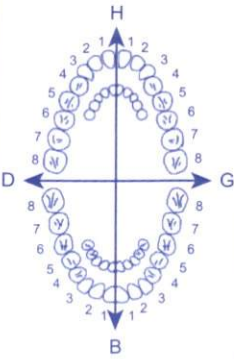
[illegible]

RELEVÉ 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 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

0,4 ملغ

كلور هيدرات تامسولوزين

تامسولوزين وين® ت.ب.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 02 2025

LOT : 22E005

TAMSULOSINE Win LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



المواليةيت / HORAIRES - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح

MIDI / الزوال

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

0,4 ملغ

كلور هيدرات تامسولوزين

تامسولوزين وين® ت.ب.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 02 2025

LOT : 22E005

TAMSULOSINE Win LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6

112000 062257

المواليةيت / HORAIRES - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح

MIDI / الزوال

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

0,4 ملغ

كلور هيدرات تامسولوزين

تامسولوزين وين® ت.ب.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

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

PER.: 02 2025

LOT : 22E005

TAMSULOSINE Win LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



المواليةيت / HORAIRES - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح

MIDI / الزوال

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

05/04/24.

CHRAÏBI FAICAL

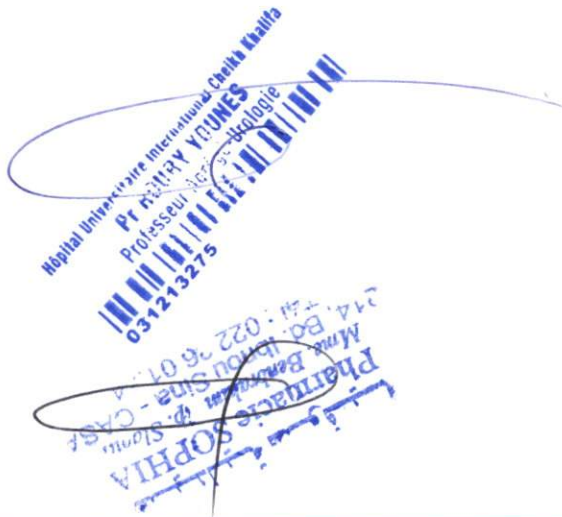
98.13 x 3

TAMSULOSINE 0,4mg.

(S.V)

ncp/j pdt 3mois

2 294.13


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aziz YOUNES
Professeur de Neurologie
051213275
Pharmacie SOPHIA
Avenue Mohammed VI - Casablanca
Tél : 022 26 01 14
Fax : 022 26 01 15

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

Edité le : 06/04/2024 à 13:56

Mr CHRAIBI FAICAL

Dossier N° : 24041698K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

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

MARQUEURS TUMORAUX

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

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
HÔPITAL UNIVERSITAIRE
CHEIKH KHALIFA
090061862

Le 06/04/2024 à 13:56

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUÏ ANASS
Biologie



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



Horaires

Lundi-Vendredi(07h30 à 19h00)

Samedi (07h30 à 16h00)

Service standard : +212 529 00 44 77

Email : labohck@hck.ma

Externe

Salle de prélèvement

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 النقديات

SANS CONTACT



06/04/24

11:31:09

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A00000000031010

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 CONSERVER
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 : AMASEM

Document de Référence
05.29.05.02.33
labo@fckm-hck.ma

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 05/04/2016.

CHRAÏBI FAÏCAL

PSA totale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr HOURY YOUNES
Professeur Agrégé-Urologie
+31211275

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	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 Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
N° DE REGISTREMENT : 090061862
Tél.: 0529004466 / 0529004477

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
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SAL RAJ



مركز التبادلات

ACHAT)))

09/04/2024

12:53:59

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8

Casablanca

A00000000031010

XXXXXXXXXXXX6199

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION

:000004

NUM AUTORISATION

:015827

STAN

:001831

TICKET CLIENT