

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048379

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

N°: 15169

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHRAÏBI Faïçal

Date de naissance : 1949

Adresse : lotissement allahoune

Rue 6 N° 57 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0666198568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI Faïçal Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/12/19 | | | 300,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 13/03/19 | 12/18/19 | 360,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 </div> <div> G 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> D 00000000 35533411 </div> <div> B 00000000 11433553 </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | 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

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 191217095310IL / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 1900155384 | CHRAIBI FAICAL | 17/12/2019 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|---------------------------|-------------|
| Chèque | SG N° 4506684 Lui-même | 300,00 |
| | Total payé | 300,00 |

Reçu établi par : J.H.FIR

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 22 01 13 45
Fax : 05 22 01 44 77
E-mail : contact@hkm.ma
N°IMP 09001362

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 154022 / 2019 du 17/12/2019

| | | | |
|-------------|----------------|--------|------------|
| Nom patient | CHRAIBI FAICAL | Entrée | 17/12/2019 |
| | PAYANTS | Sortie | 17/12/2019 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| - Consultation d'urologie | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| Total Clinique | | | | 300,00 |

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 44 77
 E-mail : contact@ickm.hck.ma
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 19121709023623200 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 1900155312 | CHRAIBI FAICAL | 17/12/2019 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| Chèque | N 4506683 SGMB Lui-même | 360,00 |
| PAYANT | Total payé | 360,00 |
| TROIS CENT SOIXANTE DIR | | |

Reçu établi par : SALJAR

Signature
Téléphone : 02.23
Email : admin-hokima

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 153 965 / 2019 du 17/12/2019

Nom patient : **CHRAIBI FAICAL**

Entrée 17/12/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/12/2019

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| EXAMENS BIOLOGIE | 1,00 | B0300 | 360,00 | 360,00 |
| | | | Sous-Total | 360,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 360,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total 360,00

| Encaissements | Chèque | Total encaissé | Solde |
|---------------|--------|----------------|-------|
| | 360,00 | 360,00 | 0,00 |

Ref Chq : N 4506683 SGMB/

Signature
27/12/2019

Identifiant du patient : 151008151631GH

Date de naissance : 01/01/1949

Sexe : M

Date de l'examen : 17/12/2019

Prélevé le : 17/12/2019 à 09:07

Edité le : 17/12/2019 à 11:07

Mr CHRAIBI FAICAL

Dossier N° : 19123101

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



MARQUEURS TUMORAUX

Échantillon primaire: Sérum

PSA TOTAL

: 0.31 ng/ml

< 4.0

0.44 ng/ml
(18/09/2018)

(Chemiluminescence / Architect Ci4100)

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

Le 17/12/2019 à 11:07

Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

Dr. Imane SMIYEJ

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Laboratoire National de Référence
Tél: 05.29.05.23.33

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
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.

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

17/12/18

CHRAÏBI for all

PSA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. HEGDAL ANDJALIL
URATOLOGIE
0111775600