

# **COMMANDATIONS 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.



## **Declaration de Maladie**

N° W21-668927

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **Adresses Mails utiles**

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



# 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
22/11/2021	voir facture	139638	7346,80	INF : <input type="text"/>

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

22/11/21

M. CHErif ALAMI SINT MOHAMMED

- ASAT - ALAT

- GGT - Pha

- BilirT - BD - BT

dans

1 Mo. d

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Youssef BENNANI  
Hépatologie - Gastro - Entérologie  
INP : 091171850



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

**RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610/206

Référence structurée :

Emis à Casablanca le : 27/12/2021

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

CHERIF ALAMI JAMAL  
134 RUE MDAGHRA HAY EL HANAA  
008 2023

N° d'immatriculation : 112961737

Règlement du mois : 12/2021

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لغالذتكم

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهللو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعة Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
CHERIF ALAMI JAMAL	22/11/2021	-	HOPITAL CHEIKH KHALIFA	12 000,00	-	-	-	-	-	8 400,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		 الصندوق الاجتماعي <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REP 635-236		
	Référence structurée :		Emis à Casablanca le : 27/12/2021		Page : 1*	
	Identifiant de la famille تعريف العائلة		CHERIF ALAMI JAMAL 134 RUE MDAGHRA HAY EL HANAA 008 2023			
	N° d'immatriculation : 112961737 Règlement du mois : 12/2021 Mode de paiement : Virement					
Informations :						

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins						بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لفائدكم				
مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	المستلزمات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
CHERIF ALAMI JAMAL	22/11/2021	-	HOPITAL CHEIKH KHALIFA	12 000,00	-	-	-	-	-	8 400,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 139 638 / 2021 du 22/11/2021

Nom patient : CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL EDD

Entrée 22/11/2021

Prise en charge : CNSS

Sortie 22/11/2021

Adresse : rab

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
K150	1,00	F	12 000,00	12 000,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	154,00	154,00
			Sous-Total	12 154,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		3 292,80	3 292,80
			Sous-Total	3 292,80
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>15 446,80</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. BAKKALI HICHAM (anesthésie-réani)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUINZE MILLE SEPT CENT QUARANTE-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

**Total 15 746,80**

Immatriculation 112961737

N° prise en charge

Affiliation

998287247

Part organisme

8 400,00

Part patient

7 346,80

Encaissements	Chèque	Virement	Total encaissé	Solde
	7 346,80	8 400,00	15 746,80	0,00

Ref Chq : 4531802/CIH/ Ref Chq : 0633996/CIH/

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
E-mail : contact@hck.mn  
N° INP : 090061862  
N° ICE : 001740003000026  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 28 54



## SPHINCETEROTOMIE ENDOSCOPIQUE

Identification du Patient	Informations administratives
Nom : CHERIF ALAMI	Médecin traitant : Docteur BENNANI YOUSSEF Hepato-gastro-entérologie
Prénom : Sidi Mohamed Jamal Eddine	Service : Hôpital de jour Médecine 1
Age : 69 ans	IPP du patient : H0120005743

### INDICATION :

Cholécystectomie

4 CPRE pour lithiases de la VBP en 2011, 2013 et 2017 et février 2021 dans un contexte de LPAC syndrome

Mauvaise observance du traitement par AUDC

Colique hépatique, cytolyse + cholestase.

BiliIRM : Lithiases de la VBP dont une de 11 mm

### RESULTAT :

Positionnement aisé devant la papille sphinctérotomisée (large sphinctérotomie)

Cathétérisme sélectif de la VBP sur fil guide

A l'opacification : cholédoque dilaté à 15 mm environ siège d'opacités en rapport avec des calculs, pas de calculs des VBIH

Introduction du ballon d'extraction gonflé à 30mm et 40mm permettant

l'extraction d'un macro-calcul de 10 mm environ, de plusieurs petits calculs et de multiples débris

Lavage abondant

Cholangiographie occlusive montre une vacuité de la voie biliaire principale

### CONCLUSIONS :

Extraction d'un macro-calcul et de multiples petits calculs de la voie biliaire principale.

Traitement par AUDC au long cours

Signature

Docteur BENNANI YOUSSEF

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE** N° **139638** / 2021 du 22/11/2021

Nom patient **CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAI**

Entrée **22/11/2021**

Prise en charge **CNSS**

Sortie **22/11/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
<i>PRESTATIONS</i>					
<b>K150</b>	<b>1,00</b>	<b>F</b>	<b>12 000,00</b>	<b>30</b>	<b>3 600,00</b>
<b>EXAMENS BIOLOGIE</b>	<b>1,00</b>	<b>B0140</b>	<b>154,00</b>	<b>100</b>	<b>154,00</b>
			<b>Sous-Total</b>		<b>3 754,00</b>
<i>PHARMACIE</i>					
<b>PHARMACIE (en sus)</b>	<b>1,00</b>		<b>3 292,80</b>	<b>100</b>	<b>3 292,80</b>
			<b>Sous-Total</b>		<b>3 292,80</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>					
<b>PR. BAKKALI HICHAM (anesthésie-réani)</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b>	<b>100</b>	<b>300,00</b>
			<b>Sous-Total</b>		<b>300,00</b>

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SEPT MILLE TROIS CENT QUARANTE-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

**Total 7 346,80**

Montant total facturé

**15 746,80**

Montant pris en charge par l'organisme

**8 400,00**

Montant ticket modérateur à charge du patient

**7 346,80**

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 2111221801008040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100425334	CHERIF ALAMI SIDI MO	22/11/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	0633996/CIH BENABDELKDRIM EL FILALI NADIA	7 346,80
CNSS	Total payé	7 346,80
SEPT MILLE TROIS CENT Q		

Reçu établi par : LAMCHI

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E mail : contact@hik.ma  
N° IPN 09061862



Casablanca, le 23/11/2021 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
BD MED TAIEB NACIRI,  
BP 82403 OUM RABII

20220 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 112961737

Nom et prénom de l'assuré : **CHERIF ALAMI JAMAL**  
**R4954**

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro  
**998287247**, reçu le **22/11/2021**, nous vous faisons  
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم **998287247**  
والذي وافيتمونا به بتاريخ **22/11/2021** نطلعكم على  
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire  
L'établissement  
Le montant  
La validité de prise en charge

**CHERIF ALAMI JAMAL**  
**090061862**  
**8400,00Dhs**  
du **22/11/2021** au **21/12/2021**

المستفيد  
المؤسسة العلاجية  
المبلغ  
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de  
remboursement à déposer impérativement dans un  
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de  
sortie du patient de votre établissement et ce, pour  
vous permettre de bénéficier du règlement des frais  
d'hospitalisation selon les conditions et modalités  
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه  
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من  
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع  
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي  
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des  
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente  
attestation sans effet.

كما ننشر انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل  
الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة  
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de  
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل  
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: CRO

S/R:

S/R:

S/R:



# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED N° Facture 139 638	2100425334
--	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BALLON D'EXTRACTIONTRIP TX-15-A	1	1 653,75	1 653,75
FIL GUIDE METRO-353480 CCK	1	1 639,05	1 639,05
Sous-Total consommable médical			3 292,80
Total pharmacie			3 292,80

Hôpital Charles Nicolle  
 Tel: 05 24 03 53 45  
 E-mail: contact@hopital-nicole.com  
 N° 00061862

Le : 22/11/2021

Références 139 638 / 111221744360184014

CNSS

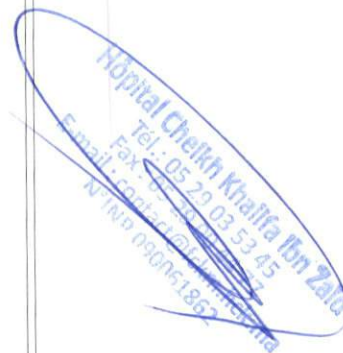
Entrée / Sortie : 22/11/2021 - 22/11/2021

Le Pr. BAKKALI HICHAM

présente à Mr CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature



Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
22/11/2021	2100425334	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,10	33,00
22/11/2021	2100425334	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,10	44,00
22/11/2021	2100425334	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,10	44,00
22/11/2021	2100425334	LIMS	Urée	1	1,10	33,00
Total						154,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 02 49 92 77 43  
E-mail: cc@hcc.gov.qa  
N° MAP 030001533

Identifiant du patient : H0120005743

Date de naissance : 25/12/1951

Sexe : M

Date de l'examen : 22/11/2021

Prélevé le : 22/11/2021 à 12:25

Edité le : 22/11/2021 à 13:51

**CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL  
EDDINE**

Dossier N° : 21114250

Service : HÔPITAL DU JOUR MÉDECINE



## HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

### TAUX DE PROTHROMBINE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

TQ	:	13.2	sec.	
TP	:	100	%	70 - 100

### TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

Témoin	:	30.6	sec.	
Sujet	:	29.9	sec.	
TCA sujet / TCA témoin	:	0.97		< 1.2

## BIOCHIMIE SANGUINE

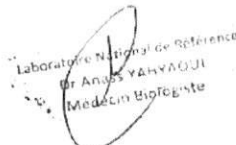
### IONOGRAMME

CRÉATININE SANGUINE	:	10.2	mg/L	6.7 - 11.7	9.6 mg/L (13/01/2021)
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Jaffé, Roche)					
URÉE	:	0.28	g/L	0.17 - 0.49	0.34 g/L (13/01/2021)
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)					

Le 22/11/2021 à 13:51

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS



Laboratoire National de Référence  
Pr. Anass YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

**Laboratoire National de Référence**

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.



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 3 557 / 2021 du 13/01/2021

Nom patient : **CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED JAMAL EDD**

Entrée 13/01/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

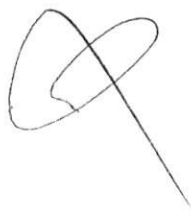
Sortie 13/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0710	852,00	852,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	852,00
				852,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
HUIT CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS	
	Total 852,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		852,00			852,00	0,00

Ref Chq : 3969013 cih/



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED J**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **BENNANI YOUSSEF**

Prise en charge **CNSS**

Date entrée **22/11/2021**

Date sortie **22/11/2021 17:42**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : JAW.BAD 30/11/2021 12:35 2100425334

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 94 77  
E-mail : contact@hckm.hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2111221130128180 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100425334	CHERIF ALAMI SIDI MO	22/11/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
<b>Chèque</b> <i>NB: Chèque avance</i>	<b>4531802/CIH</b> <i>Ech : 22/12/2021</i> JAMAL EDDINE CHERIF ALAMI	<b>19 855,00</b>
CNSS	<b>Total payé</b>	<b>19 855,00</b>
<b>DIX-NEUF MILLE HUIT CEN</b>		

Reçu établi par : NEZ.RAZ

RECEVU  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
ADMISSION ET RECOURS  
2