

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-668927

103799
Complément

Optique

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

48 503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RFNABDULKRIM FKACI EP Chent Aml

Date de naissance :

12 07 61

Adresse :

134 Rue 11 Dierghira Hay Hane

Tél. :

0661198121

Total des frais engagés :

1346

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15 FEV. 2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfa

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'adhérent(e) et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'avoir 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

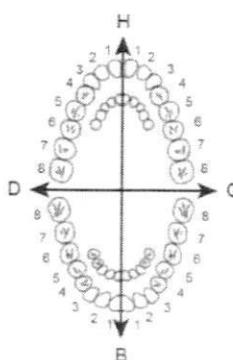
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/11/21

M. CHERIF ALAMI SIDI MOHAMED

- ASAT - ALAT

- GGT - Pha

dan

- BiliT. BD - BT

1 mod

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Dr. Youssef BENNANI
Hépato - Gastro Entérologue
INP : 091171850

بيان تمويل التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : RUEP : 610-2-06

Page : 1

Référence structurée :

Emis à Casablanca le : 27/12/2021

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 لفائضكم

مراجع الاشتغال بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مليون الصنعة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	المترتبة المرجعية Tarif de référence	معامل Coeff.	الكمية Quantité	ملايين التمويل Base de remboursement	نسبة التمويل Taux de remboursement%	مبلغ التمويل 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 تعریضات التامین الصحی
الاجباری

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



سیڑۃ التامین الصحی الإجباری
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مراجع رقم : REF : 6152/6

Page : 1+

Référence structurée :

Emis à Casablanca le : 27/12/2021

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 لفائضكم

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	الصلات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريق Montant de la dépense	التعريلة Tarif de référence	المعدل Coeff.	النسبة Quantité	أسس Base de remboursement	نسبة Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
CHERIF ALAMI JAMAL	22/11/2021		HOPITAL CHEIKH KHALIFA	12 000,00						3 400,00

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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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
Total Frais Clinique				15 446,80
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
PR. BAKKALI HICHAM (anesthésie-réani)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

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/


 ICE HK : 0017291036002
 E-mail : TIN 0906186222@msn.com
 Tel : 02 29 03 53 45
 Tel : 02 29 03 53 45
 Hotel Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
 Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Casablanca, le lundi 22 novembre 2021

SPHINCTEROTOMIE 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, cytolysé + cholestase.

BiliIRM : Lithiases de la VBP dont une de 11 mm

RESULTAT :

Positionnement aisément 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.

Traitements 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
PRESTATIONS					
K150	1,00	F	12 000,00	30	3 600,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	154,00	100	154,00
			Sous-Total		3 754,00
PHARMACIE					
PHARMACIE (en sus)	1,00		3 292,80	100	3 292,80
			Sous-Total		3 292,80
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. BAKKALI HICHAM (anesthésie-réani)	1,00		300,00	100	300,00
			Sous-Total		300,00

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 54 77
 E-mail: contact@hck.mn
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIHK KHALIFA IBN ZAID**CASABLANCA****Reçu de caisse**

N° : 21112218010080401 / 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 : LAM.CHI

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E mail : contact@hck.ma
N° IPN : nov2021-61862



الدار البيضاء، في 23/11/2021

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,

سيدي، سيدتي

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 وافيتونا 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.

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

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

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

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

وتفضلا سيدتي، سيدتي، 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 Unitair	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 Chérif Alami Sidi Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 02 44 77
Email: CORRECTION@YAHOO.FR
N°IND 090061862

Le : 22/11/2021

Références

139 638 / 111221744360184014
CNSS

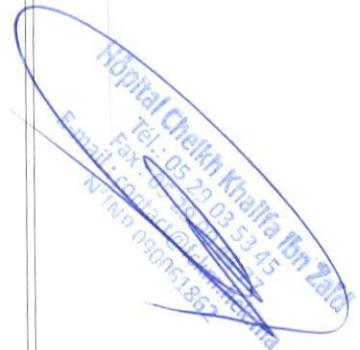
Entrée / Sortie : 22/11/2021 - 22/11/2021

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

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

1512715

2100425334

30/11/2021

12:24

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



Identifiant du patient : H0120005743

Date de naissance : 25/12/1951

Sexe : M

Date de l'examen : 22/11/2021

Prélévé 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

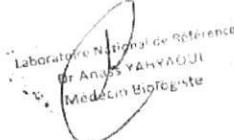
IONOGRAMME

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

Le 22/11/2021 à 13:51

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS


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 Sous-Total	852,00 852,00
Total Frais Clinique				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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 94 77
E-mail : casier@ckm.hck.ma

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 21112211301281801 / 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 <i>NB: Chèque avance</i>	4531802/CIH <i>Ech : 22/12/2021</i> JAMAL EDDINE CHERIF ALAMI	19 855,00
CNSS	Total payé	19 855,00
DIX-NEUF MILLE HUIT CEN		

Reçu établi par : NEZ.RAZ

REÇU EN CAISSE DU HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
LE 22/11/2021
PAR M. NEZ.RAZ
POUR M. CHERIF ALAMI SIDI MO
JAMAL EDDINE CHERIF ALAMI
4531802/CIH
ECH 22/12/2021