

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

- 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.

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° M21- 0006576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4622 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMRITI BOUCHAIB

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : LOT 12, LABISSA - BOUSKOURA

Tél. : 06.55.85.22.34 Total des frais engagés : 2672 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/08/2022

Nom et prénom du malade : MOI-MEME 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 : 20/08/22 Le : 30/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
23/08/22	3		230000	

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

23/08/22

Uroscopie

230000

23/08/22

PDC

7200

23/08/22

Boo60

7200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

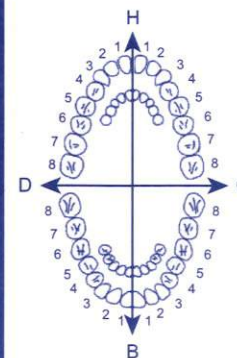
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

(Création, remont, adjonction)

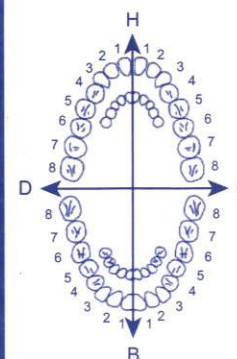
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 23/08/99

M^r Hamriti Baouch

- Urie

- Great

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
E-mail : labo@fkhm.ma

P.O de Pr Benslim

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Bourial Abdelrahim
Médecin Interne



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/08/2022

Mr HAMRITI Bouchaib

Myiter Paul
احمد

CPUSA MKI

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 220823105340IL / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200549482	HAMRITI BOUCHAIB	23/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI CHQ N° 3525523 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : ILIL.FIR

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INPE : 0900618E2
Tél: 0529004466 / 0529004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2208241545013670 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200549880	HAMRITI BOUCHAIB	24/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	3525525 BMCI Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : NALBEN

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADIOLOGIE
HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 106234 / 2022 du 23/08/2022

Nom patient	HAMRITI BOUCHAIB	Entrée	23/08/2022
	PAYANTS	Sortie	23/08/2022

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		

Hopital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
INPE : C90061862
Tel.: 0529004466 / 0529004477

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 106 683 / 2022 du 23/08/2022

Nom patient : **HAMRITI BOUCHAIB**

Entrée 23/08/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SUPPLEMENT DE PRODUIT DE CONTRASTE POUR TDM	1,00		300,00	300,00
UROSCANNER	1,00		2 000,00	2 000,00
			Sous-Total	2 300,00
Total Frais Clinique				2 300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS		
	Total	2 300,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	2 300,00	2 300,00	0,00

Ref Chq : 3525524/BMCI/ Ref Chq : 3525525/BMCI/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 529 00 44 66
Fax : (+212) 529 00 44 66
E-mail : rickm.ma

Identifiant du patient : 160217115418ME

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 23/08/2022

Prélevé le : 23/08/2022 à 17:03

Edité le : 23/08/2022 à 18:21

Mr HAMRITI BOUCHAIB

Dossier N° : 22085142

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

IONOGRAMME

URÉE : 0.27 g/L 0.17 - 0.49
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

CRÉATININE SANGUINE : 11.4 mg/L 6.7 - 11.7
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Jaffé, Roche)

Laboratoire National de Référence
Tel : 05 29 05 02 33
E-mail : labo@fckm-hck.ma

Le 23/08/2022 à 18:21

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. F. OUSTI
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°: 106708 / 2022 du 23/08/2022

Nom patient	HAMRITI BOUCHAIB	Entrée	23/08/2022
	PAYANTS	Sortie	23/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0060	72,00	72,00
			Sous-Total	72,00
Total Clinique				72,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	72,00
SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS		

Laboratoire National de Référence
Tél: 05.29.05.02.33
E-mail: labo@fckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA,

Reçu de caisse

N°: 2208231719540790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200549910	HAMRITI BOUCHAIB	23/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11372	72,00
PAYANT	Total payé	72,00
SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS		

Reçu établi par : SALJAR



مركز المدفوعات

23/08/22 16:57:59
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
BOUCHAIB HAMRITI MR
xxxxxxxxxxxx2493
04/24 CARTE NATIONALE
3DB746DEADAC7A5
201-0-9999-1-55

MONTANT: 72,00 MAD

NUM TRANSACTION : 020
NUM AUTORISATION: 075587
STAN : 011372

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Ministère National de Réserve
Tél: 021 20 00 00 00
Fax: 021 20 00 00 00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 106 708 / 2022 du 23/08/2022

Nom patient : HAMRITI BOUCHAIB

Entrée 23/08/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0060	72,00	72,00
			Sous-Total	72,00
Total Frais Clinique				72,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS

Total 72,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		72,00	72,00	0,00

Laboratoire de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
E-mail : labo@chkh-ibn-zaid.tn



le 23/08/2022

PATIENT : **HAMRITI BOUCHAIB**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Uro-scanner**

Indication : 70 ans avec un kyste rénal droit.

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes en acquisition spiralée, avant et après injection intraveineuse de produit de contraste et avec reconstruction dans les trois plans de l'espace.

RESULTATS :

1/ Le haut appareil :

○ **A droite:**

- Rein de taille normale (94,5 mm de grand axe), de contours réguliers sans anomalie focale, sécrétant et excréant dans les délais physiologiques.
- Kystes rénaux simples de densité liquidienne sans paroi ni cloisons non rehaussés après injection.
- kyste polaire supérieur cortico sinusal 43x33,5 mm.
- Kyste cortical polaire inférieur, mesure 37,5x45,5 mm
- Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'image de lithiasé rénale.
- Uretère fin et perméable.
- Absence de collection péri-rénale.

○ **A gauche :**

- Rein de taille normale (95 mm), de contours réguliers sans anomalie focale, sécrétant et excréant dans les délais physiologiques.
- Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'image de lithiasé rénale.
- Uretère fin et perméable.
- Absence de collection péri-rénale.

2/ Le bas appareil :

- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- **Par ailleurs :**
 - Absence d'anomalie de morphologie ou de densité de la rate et du pancréas.
 - Kyste biliaire du segment I hépatique mesuré 12x9 mm.
 - Absence d'adénopathie profonde ou d'épanchement abdomino-pelvien.

CONCLUSION :

- **Deux kystes rénaux droit polaire supérieur et inférieur simples BOSNIAK I**
- kyste biliaire du segment I.
-
-
-
-

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr BENSLIMA**

