

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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- 0046168

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7790 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHIME LAMCEN

Date de naissance : 05/01/1977

Adresse : 15

Tél : 0633 192953 Total des frais engagés : 1302,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : polio Kruini

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 Le : 27/11/2019

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
04/11/19	G		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EN-NASSER 682, Bd Dakhla Jamila 4 Casablanca Casablanca Tel 05 22 37 14 67	11.18	242.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/11/19	Echographie abdominale	400,00
	04/11/19	B0300	360,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

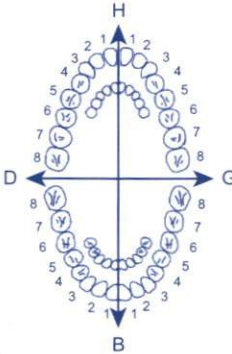
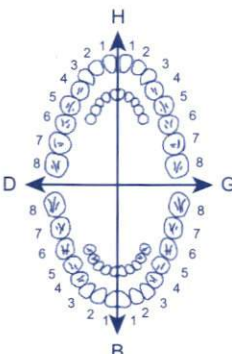
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </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'EXEC

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 191104102802IL / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900137194	HACHINE LAHCEN	04/11/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4503	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : ALH.FIR



04/11/19 11:28:53
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000041010
APP : MasterCard
M LAHCEN HACHINE
xxxxxxxxxxxx0544
05/21 CARTE NATIONALE
41F8EC209397495D
221-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 385127
STAN : 004503

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm.hak.ma
N°INA 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 135830 / 2019 du 04/11/2019

Nom patient	HACHINE LAHCEN	Entrée	04/11/2019
	PAYANTS	Sortie	04/11/2019

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
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 135913 / 2019 du 04/11/2019

Nom patient	HACHINE LAHCEN	Entrée	04/11/2019
	PAYANTS	Sortie	04/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdominale	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
Total Clinique				400,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
QUATRE CENTS DIRHAMS	Total 400,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hkz.ma
N° INP 090061862

Casablanca le, 04/11/2019

Patient : Mr HACHINE LAHCEN
Médecin traitant : Pr RABII REDOUANE
Examen réalisé : Echographie vésico-prostatique

Renseignement clinique : Pollakiurie

Résultat :

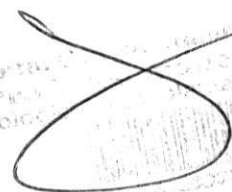
- Vessie souple de capacité réduite et paroi épaissie
- Absence d'image de lithiase échographique
- Absence d'anomalie endoluminale
- Prostate homogène de 40g avec lobe médian IPP grade I
- RPM : 50mL

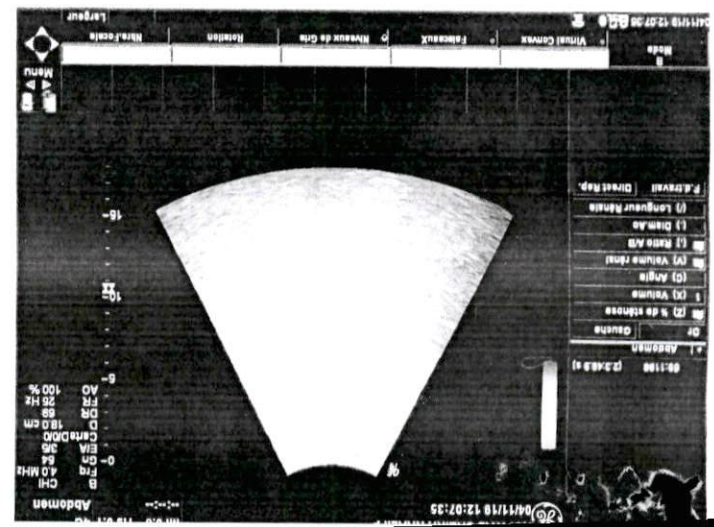
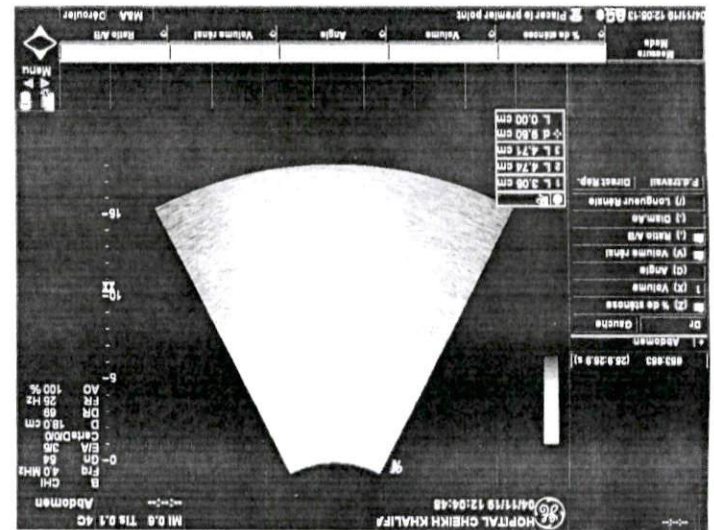
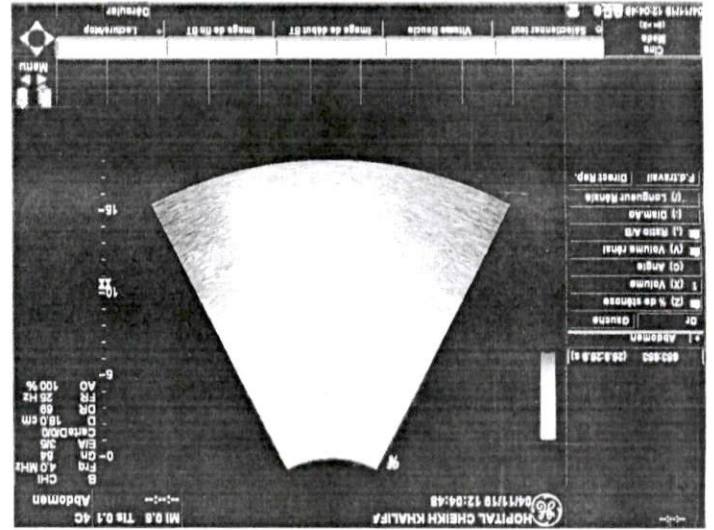
Au total :

Hypertrophie prostatique de 40g avec lobe médian IPP grade I et RPM : 50mL

Signé :

Pr Redouane RABII


Pr RABII
Urologue
Fondation rénale





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

04/22/2019

M^r HACHIME LAHCEB

→ pollakiurie

→ échographie
vénio-prostatique



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 1911041217496840 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900137314	HACHINE LAHCEN	04/11/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9670	360,00
PAYANT	Total payé	360,00
TROIS CENT SOIXANTE DIR		

Reçu établi par : HAN.ZIT

Centre
Monétique
Interbancaire

04/11/19 13:18:34
9900397747
93977401
HOP CHEIKH KHALIFA G1
Casablanca

A0000000041010
APP : MasterCard
M LAHCEN HACHINE
xxxxxxxxxxxx0544
05/21 CARTE NATIONALE
9EF8EA52D02D29DB
221-0-9999-1-55

MONTANT: 360,00 MAD
NUM TRANSACTION : 013
NUM AUTORISATION: 418815
STAN : 009670

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu de caisse

N°: 191104113515IL / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900137267	HACHINE LAHCEN	04/11/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4505	400,00
	Total payé	400,00

Reçu établi par : ALH.FIR



مركز الدفعات

04/11/19 12:36:07
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000041010
APP : MasterCard
M LAHCEN HACHINE
xxxxxxxxxxxx0544
05/21 CARTE NATIONALE
4700F73BFE1D75EA
221-0-9999-1-55

MONTANT: 400,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006
NUM AUTORISATION: 405590
STAN : 004505

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hck.ma
N°INE 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 135954 / 2019 du 04/11/2019

Nom patient	HACHINE LAHCEN	Entrée	04/11/2019
	PAYANTS	Sortie	04/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0300	360,00	360,00
			Sous-Total	360,00
Total Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	360,00
TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS		

Laboratoire National de Référence
 05.29.03.53
 05.29.03.53

Identifiant du patient : H0119040321

Date de naissance : 05/01/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 04/11/2019

Prélevé le : 04/11/2019 à 13:36

Edité le : 04/11/2019 à 15:24

HACHINE LAHCEN

Dossier N° : 19110598

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



MARQUEURS TUMORAUX

Échantillon primaire: Sérum

PSA TOTAL : 2.24 ng/ml < 4.0
(Chemiluminescence / Architect Ci4100)

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

Le 04/11/2019 à 15:24

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa Ousti
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence
Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid
29.05.2023
labo@fckm-hak.ma

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.



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

04/11/2019
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Prof. Redouane RABII
Urologie
M. HACHINE
LAMCEV
INE: 691037795

LSA

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 07 33
E-mail : labo@hck.ma

~~Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale
INE: 691037795~~