

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

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

M22- 0009640

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AKRAN ABDELNADJID
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : LOT LAI NOUNE NR 469
CASABLANCA 20190
Tél. : 0639255272 Total des frais engagés : 2.243,11 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 12/10/2022
Nom et prénom du malade : A. G. A. N. A. S. N. A. émane AKRAN Age: 63
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ADK colique
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 12/10/2022
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
12/10/22		Voir facture N°	140295	 Hôpital Universitaire International Sheikh Khalifa Médecin Résident Dr. Rihana MALAK Oncologie 190061862
		Total:	1203,11	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/22	872,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/10/22	B0160	128,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

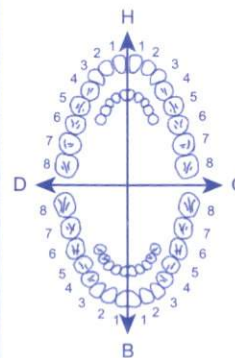
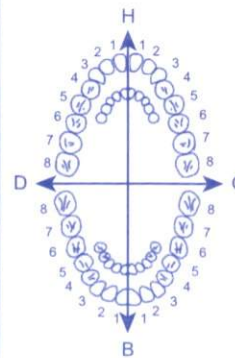
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2210261441407640 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200575086	MOUMEN ASMA	26/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	7974446-BP AKRAM ABDELMAJID	1 285,07
MUPRAS	Total payé	1 285,07
MILLE DEUX CENT QUATRE-		

Reçu établi par : YOU.ELG

[Signature]
F-mail: 2210261441407640
Tel: 05 39 99 99 99
Fax: 05 39 99 99 99
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid


F A C T U R E

N°: 140295 / 2022 du 26/10/2022

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	12/10/2022
Prise en charge	PAYANT	Sortie	26/10/2022

Désignation des prestations		Lettre Clé		Montant
PHARMACIE (en sus)	1,00		1 203,11	1 203,11
			<i>Sous-Total</i>	1 203,11
Total Clinique				1 203,11

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENT TROIS DIRHAMS ONZE CENTIMES		Total	1 203,11
<i>Immatriculation</i> : B24866 <i>Affiliation</i> : <i>Cin</i> : <i>C151905-L</i>	<i>Adhérent</i> : AKRAM ABDELMAJID <i>N° prise en charge</i> : 20222730017676		



وصفة طبية

Ordonnance

Le 12/10/2022

Casablanca, le :

Mme Noumen Asma

- NFS

- Urée - Créat

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Resident Dr RBHA MALAK
Oncologie
190061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 138981 / 2022 du 25/10/2022

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	25/10/2022
	PAYANTS	Sortie	25/10/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00	168,00
			Sous-Total	168,00
Total Clinique				168,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	168,00
CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS		


E-mail: info@hkh-zaid.com
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54



Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 25/10/2022

Prélevé le : 25/10/2022 à 08:13

Edité le : 25/10/2022 à 11:48

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 22104792K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique / Mythic)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.55	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9	3.05 $10^{12}/l$ (09/09/2022)
Hémoglobine	:	10.5	g/dl	11.5 - 17.5	8.7 g/dl (09/09/2022)
Hématocrite	:	31.1	%	34 - 53	26.3 % (09/09/2022)
VGM	:	87.6	fl	76 - 96	86.2 fl (09/09/2022)
CCMH	:	33.8	g/dl	31 - 36	33.1 g/dl (09/09/2022)
TCMH	:	29.6	pg	24.4 - 34.0	28.5 pg (09/09/2022)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	4.5	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0	8.02 $10^3/mm^3$ (09/09/2022)
P. Neutrophiles	:	41.8	%	1.88 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7	80.5 % (09/09/2022)
P. Eosinophiles	:	0.8	%	0.04 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58	0.0 % (09/09/2022)
P. Basophiles	:	0.3	%	0.01 $10^3/mm^3$ < 0.11	0.0 % (09/09/2022)
Lymphocytes	:	43.2	%	1.94 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8	10.6 % (09/09/2022)
Monocytes	:	13.9	%	0.63 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00	8.9 % (09/09/2022)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	179	$10^3/mm^3$	150 - 445	184 $10^3/mm^3$ (09/09/2022)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------

Le 25/10/2022 à 11:48

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr. ANASS YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence
184 - 09.09.2022.33

Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 25/10/2022

Prélevé le : 25/10/2022 à 08:13

Edité le : 25/10/2022 à 11:48

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 22104792K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

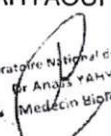
IONOGRAMME

URÉE	:	0.14	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	6.32	mg/L	6 - 12

Le 25/10/2022 à 11:48

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS


Laboratoire National de Référence
Dr. ANASS YAHYAOUÏ
Médecin Biologiste


Tél: 05 29 05 02 33

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

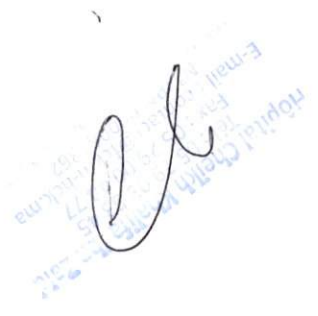
Boulevard Mohamed Taieb NACIRI, Hay Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél/Fax : +212 5 29 00 44 66

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MOUMEN ASMA	N° Facture 140 295	2200575086
----------------------------------	---------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1	20,60	20,60
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	8	14,10	112,80
GLUCOSE 5% Po 250 Injecta (01)	4	13,10	52,40
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1	38,05	38,05
Sous-Total médicaments			223,85
AIGUILLE HUBER COURBE G20	2	43,68	87,36
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	6	0,31	1,86
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	5	2,61	13,05
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	5	3,53	17,65
DIFFUSEUR PORTABLE 275ML/48H -300ML	2	374,40	748,80
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	4	8,16	32,64
GANT D'EXAMEN EN LATEX NON POUDRE	6	1,16	6,96
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE	6	1,36	8,16
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	4	5,86	23,44
SERINGUE 10ML	6	1,56	9,36
SERINGUE 20ML	8	2,11	16,88
SERINGUE FILTAGE 50/60ML	2	6,55	13,10
Sous-Total consommable médical			979,26
Total pharmacie			1 203,11





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

14/10/12

Dr ME Ben Assa

872.00

Dr ME Ben Assa



125

x3 Jours

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Résident Dr ABIDA MALAK
Oncologie

Chaque gélule de 125 mg contient 125 mg d'aprépitant.
Chaque gélule de 80 mg contient 80 mg d'aprépitant.
Contient du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver dans l'emballage d'origine, à l'abri de l'humidité.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

EMEND® 125 mg+ 80 mg

Boîte de 1 gélule de 125 mg

et deux gélules de 80 mg

P.P.V: 872,00 DH

AMM 79/19DMP/21/NRS

Distribué par MSD Maroc



6 118001 160754