

## 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

- 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

N° W21-710676

146203

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 8361 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR

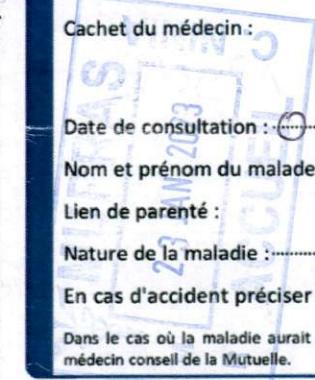
Date de naissance : 15/04/67

Adresse : N 19 IMN L RESIDENCE NADIA CASA

Tél. : 0661 26 52 09 Total des frais engagés : Dhs

Authorisation CNDP N° : AA-215/2012

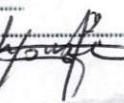
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 04/11/2022  
 Nom et prénom du malade : HOURIA REHOUI Age: 43  
 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 : Casablanca Le : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET

### RELEVE 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
2011/11/24	CS		300000	INP : <input type="text"/>
E-mail : contact@clinique.com Fax : 05 53 52 00 00 Tél. : 05 53 52 00 00				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire</i> Tél. 05 53 52 00 00 E-mail : lab@clinique.com	2011/11/24	BNO83	1296,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

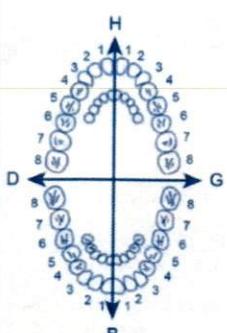
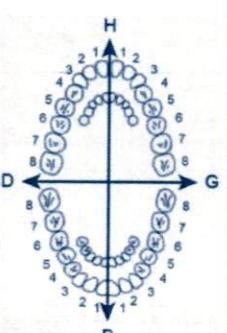
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>															
				Montants des Soins <input type="text"/>															
				Début d'Execution <input type="text"/>															
				Fin d'Execution <input type="text"/>															
				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"/>															
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
 <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																			
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																			

Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 01/11/2022

Prélevé le : 01/11/2022 à 08:50

Édité le : 01/11/2022 à 11:09

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22110038K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## BIOCHIMIE SANGUINE

FERRITINE SERIQUE

: 39 ng/ml

20 - 200

(Chimiluminescence / Architect Abbott)

## HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

### BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.

(Test de 3ème génération / ARCHITECT Ci4100)

: 4.77 µU/ml

0.40 - 4.40

TRIIODOTHYRONINE LIBRE (T3 L)

(Dosage CMIA / Architect Ci4100)

: 2.69 pg/ml

1.71 - 3.71

THYROXINE LIBRE (T4L)

(Chimiluminescence CMIA / Architect Ci4100)

: 0.87 ng/dl

0.70 - 1.48

Le laboratoire  
de l'Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 05 02 33  
E-mail : labo@fekm-icd.ma

Le 01/11/2022 à 11:09  
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

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

Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 01/11/2022

Prélevé le : 01/11/2022 à 08:50

Édité le : 01/11/2022 à 11:09

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22110038K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## HEMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.68	10 <sup>12</sup> /l	3.8 - 5.9	4.95 10 <sup>12</sup> /l (03/09/2022)
Hémoglobine	:	13.7	g/dl	11.5 - 17.5	14.0 g/dl (03/09/2022)
Hématocrite	:	41.2	%	34 - 53	42.6 % (03/09/2022)
VGM	:	88.0	fl	76 - 96	86.1 fl (03/09/2022)
CCMH	:	33.3	g/dl	31 - 36	32.9 g/dl (03/09/2022)
TCMH	:	29.3	pg	24.4 - 34.0	28.3 pg (03/09/2022)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.5	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 11.0	5.06 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (03/09/2022)
P. Neutrophiles	:	57.8	%	3.18 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	3.6	%	0.20 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.2	%	0.01 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	< 0.11
Lymphocytes	:	31.3	%	1.72 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	1.0 - 4.8
Monocytes	:	7.1	%	0.39 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	0.15 - 1.00

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	221	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 445	247 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (03/09/2022)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 01/11/2022 à 11:09  
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : ٢٠١١/١١/٢٠٢١

Rebours Hervé

NPAG

Femine

TM (T<sub>3c</sub> / T<sub>el</sub>)

International Hospital of Cheikh Khalifa  
Tél: 0529.05.02.33  
E-mail: labo@fekm-hdkma

Le patient a été diagnostiqué  
d'endocrinopathie Métabolique  
et a été traité avec succès.

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : **142996 / 2022** du **01/11/2022**

Nom patient	<b>REHIOUI HOURIA</b>	Entrée	<b>01/11/2022</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>01/11/2022</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1080	<b>1 296,00</b>	<b>1 296,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 296,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 296,00</b>
MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS		

laboratoire de biologie clinique  
B-nail - laboratoire - m-hckma  
Tel: 05 29 09 02 33

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 144.406 / 2022 du 03/11/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 03/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							300,00

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

Date : 03 / 11 / 2022

Quittance - Paiement espèces

0705184

IPP : .....

N° D'admission : ..... 2200577377 Montant : ..... 3.00 Dhs.

Patient : ..... REHOUSS

Emméné

