

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9754

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

TAMER Faud

Date de naissance :

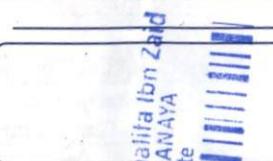
Adresse :

Tél. : 06 77 46 41 95

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prise de tension

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
23/05/23	Acte de facture	1/1/1	1604,20	Le Dr. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE : 2384	23/05/23	41510

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300689372 / H0122030164

Prénom : SAID



PAYANT

Nom : TAMER

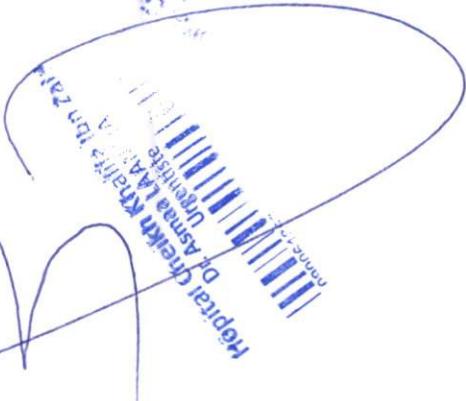
Sexe: M

DDN : 01/01/1968 E 23.05.2023

Service :URGENCES (NA)

Nihmification

05 29 00 44 77
03 53 45 77
Cheikh Khalifa Ibn Zayd





Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

JAYER SAID

Casablanca le

23/05/23

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

• Hémato/Hémostase :

- NFS - Pq
- Groupage - Rhésus
- RAI
- TP - TCK
- INR
- D-DIMERES

• Bilan Infectieux

- CRP
- VS
- ECBU
- Hémoculture
- PCT

• Bilan Métabolique

- Ionogramme sanguin
- Urée - Créatinémie
- Glycémie

• Bilan Hépato-pancréatique :

- ASAT - ALAT
- BC - BN - BT
- Gamma GT
- PA
- LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

- Troponines
- BNP

Autres :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Secteur Dr. Smaïa LAANAYA
Urgentiste

Signature et caché du médecin
Des urgences

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2305232105389420 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300689372	TAMER SAID	23/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	825833 / ATWB Lui-même	1 604,20
PAYANT	Total payé	1 604,20
MILLE SIX CENT QUATRE D		

Reçu établi par : MAR.KHA

Ophélie Demm
Tél.: 05 29 00 44 77
Fax.: 05 29 00 44 77
Email: compta@idim-hc.tn

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

TAMER SAID

2300689372

23/05/2023

21:05

Date		Prestation	Cotation	PU	Montant
23/05/2023	Laborato	Protéine C réactive - CRP	B 100	1,20	120,00
23/05/2023	Laborato	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	B 160	1,20	192,00
23/05/2023	Laborato	NFS - Numération formule sanguine + plaq	B 80	1,20	96,00
			Sous Total		408,00
			Total		408,00

1111 6666
1111 1111 1111 1111
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : TAMER SAID	N° Facture	72 254	2300689372
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATROVENT ADULTE 0,5mg Solutio (10)	1	4,30	4,30
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1	12,80	12,80
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,20	1,20
INTRANULE G 20	1	1,95	1,95
MASQUE NEBULISEUR ADULTE	1	12,54	12,54
MAXICLAV 1g/125 mg Sachet (24)	1	95,40	95,40
MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01)	1	24,90	24,90
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,86	5,86
SERINGUE 10ML	1	0,94	0,94
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,18	0,18
VENTOLINE NEB 50mg/10ml Solutio (03)	1	6,13	6,13
Total pharmacie			166,20

Applia Unikin Kefal 45
Tél.: 05 29 03 53 45
Tél.: 05 29 00 44 77
Fax : 05 29 03 53 45
e-mail : contact@applia.fr

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 72254 / 2023 du 23/05/2023

Nom patient	TAMER SAID	Entrée	23/05/2023
	PAYANTS	Sortie	23/05/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
NEBULISATION AVEC OXYGENE, OXYGENE EN SUS	1,00		400,00	400,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0340	408,00	408,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 438,00</i>
PHARMACIE	1,00		166,20	166,20
			<i>Sous-Total</i>	<i>166,20</i>
Total Clinique				1 604,20

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE SIX CENT QUATRE DIRHAMS VINGT CENTIMES		Total
		1 604,20

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.ma



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122030164

Date de naissance : 01/01/1968

Sexe : M

Date de l'examen : 23/05/2023

Prélevé le : 23/05/2023 à 15:48

Édité le : 23/05/2023 à 16:57

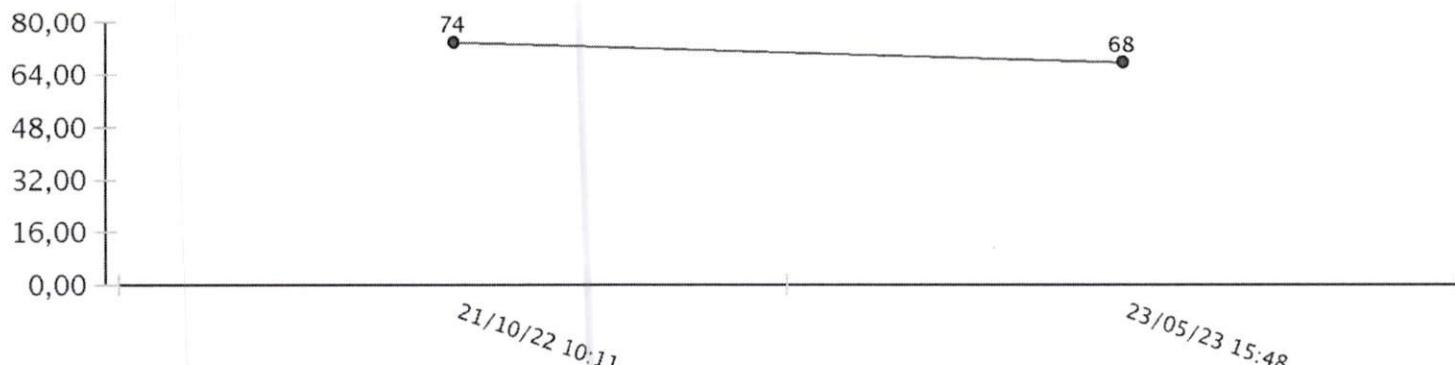
TAMER SAID

Dossier N° : 23055450K

Service : URGENCE



PROTEINES TOTALES(g/L)



CALCIUM

: 97 mg/L

85 - 101

91 mg/L
(21/10/2022)



Le 23/05/2023 à 16:57
Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila



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.

4 / 4



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122030164

Date de naissance : 01/01/1968

Sexe : M

Date de l'examen : 23/05/2023

Prélevé le : 23/05/2023 à 15:48

Edité le : 23/05/2023 à 16:57

TAMER SAID

Dossier N° : 23055450K

Service : URGENCE



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE

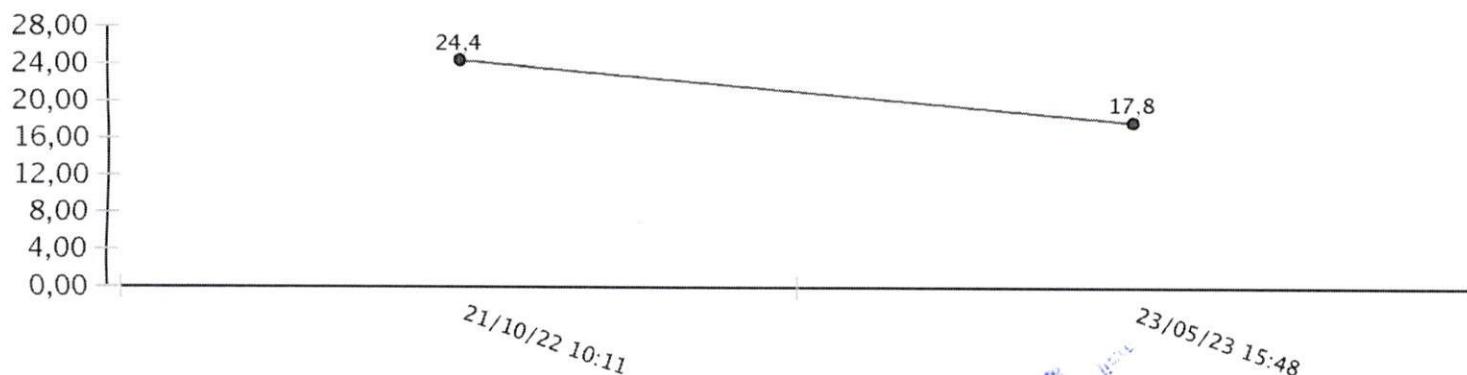
: 17.80 mg/l

< 8

24.40 mg/l
(21/10/2022)

< 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.
1-3 mg/l : risque modéré.
> 3 mg/l : risque élevé.
> 10 mg/l : processus inflammatoire actif

PROTÉINE C RÉACTIVE(mg/l)



IONOGRAMME

SODIUM (Na⁺)

: 140 mEq/l

136 - 145

139 mEq/l
(21/10/2022)

POTASSIUM (K⁺)

: 3.5 mEq/l

3.5 - 5.1

4.0 mEq/l
(21/10/2022)

CHLORURES (Cl⁻)

: 107 mEq/l

98 - 107

107 mEq/l
(21/10/2022)

RÉSERVE ALCALINE

: 23 mEq/l

22 - 30

24 mEq/l
(21/10/2022)

PROTEINES TOTALES

: 68 g/L

64 - 83

74 g/L
(21/10/2022)

Le 23/05/2023 à 16:57

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

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.

3 / 4

PATIENT : TAMER SAID

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poumon F**

IPP : **H0122030164**

DATE NAISSANCE : **01/01/1968**

NUMERO DOSSIER : **2300689372**

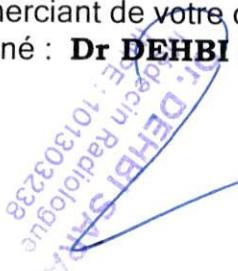
RX Poumon F

Syndrome alvéolaire bilatéral plus marqué en basal droit.

CDS droit libre, CDS gauche émoussé.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr DEHBI Sara**



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr DEHBI Sara". Above the signature, there is a blue circular stamp containing the text "Dr DEHBI Sara" and "Radiologie" along with some numbers.

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122030164

Date de naissance : 01/01/1968

Sexe : M

Date de l'examen : 23/05/2023

Prélevé le : 23/05/2023 à 15:48

Édité le : 23/05/2023 à 16:57

TAMER SAID

Dossier N° : 23055450K

Service : URGENCE



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Téléphone : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm-hck.ma
Site : www.hckm-hck.ma

Le 23/05/2023 à 16:57

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. Jalila EL BAKKOURI
Médical Pathologist

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.

2 / 4



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122030164

Date de naissance : 01/01/1968

Sexe : M

Date de l'examen : 23/05/2023

Prélevé le : 23/05/2023 à 15:48

Édité le : 23/05/2023 à 16:57

TAMER SAID

Dossier N° : 23055450K

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.51	$10^{12}/l$	4.28 - 6	4.77 $10^{12}/l$ (21/10/2022)
Hémoglobine	:	14.2	g/dl	13.0 - 18.0	15.7 g/dl (21/10/2022)
Hématocrite	:	40.3	%	39 - 53	44.7 % (21/10/2022)
VGM	:	89.4	fL	78 - 98	93.7 fL (21/10/2022)
CCMH	:	35.2	g/dl	31.0 - 36.5	35.1 g/dl (21/10/2022)
TCMH	:	31.5	pg	26 - 34	32.9 pg (21/10/2022)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	17.07	$10^3/mm^3$	4 - 11	13.1 $10^3/mm^3$ (21/10/2022)
P. Neutrophiles	:	70.2	%	75.0 % (21/10/2022)	
P. Eosinophiles	:	5.3	%	4.4 % (21/10/2022)	
P. Basophiles	:	0.7	%	0.2 % (21/10/2022)	
Lymphocytes	:	17.2	%	14.3 % (21/10/2022)	
Monocytes	:	6.6	%	6.1 % (21/10/2022)	

PLAQUETTES

Plaquettes	:	311	$10^3/mm^3$	150 - 400	340 $10^3/mm^3$ (21/10/2022)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------

Le 23/05/2023 à 16:57

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed
Prof. Jalila El BAKKOURI

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.

1 / 4

وصفة طبية

Ordonnance

28/05/23

Casablanca, le :

MR SAR TASTER

- ~~126,30 x 2
Aug. ton de: 252,60~~
- ~~1 Sachet x 81 - pbt 54,00~~
- ~~Aktox 600 ml. 1cp - pbt 140,00~~
- ~~P. 40,00~~
- ~~Préserv. 20:~~
- ~~16,00 3cp 1- denat 19,50~~
- ~~Aug. ton de: 5cp x 81 - 19,50~~
- ~~32,00 14 dol:~~
- ~~\$3,80 1 Cos x 81 - 31,20~~
- ~~1aoR 20: 1 cp 19,50~~
- (+) ~~Traitem. Hab. 19,50~~

PPV: 126,30 DH
LOT: 650904
PER: 11/24



PPV(DH):

Lot N°:

A ut.av.:

16,00

PPV (DH):

LOT N° :

UT. AV.:

32/60



PPV 73DH80
EXP 12/2024
LOT 200194



D:
âge :
sexe:M Date de naissance:
cm kg / mmHg
htreq. ventr. 88 bpm
ht. PR 170 ms
durée QRS 94 ms
ht. QT/QTc(E) 366/ 411 ms
txe P/QRS/T 47/ 33/ 33
Imp I RV5/SV1 1.60/ 0.93 mV
Imp I RV5+SV1 2.53 mV

1100 Rythme sinusal

9110 ** ECG normal **



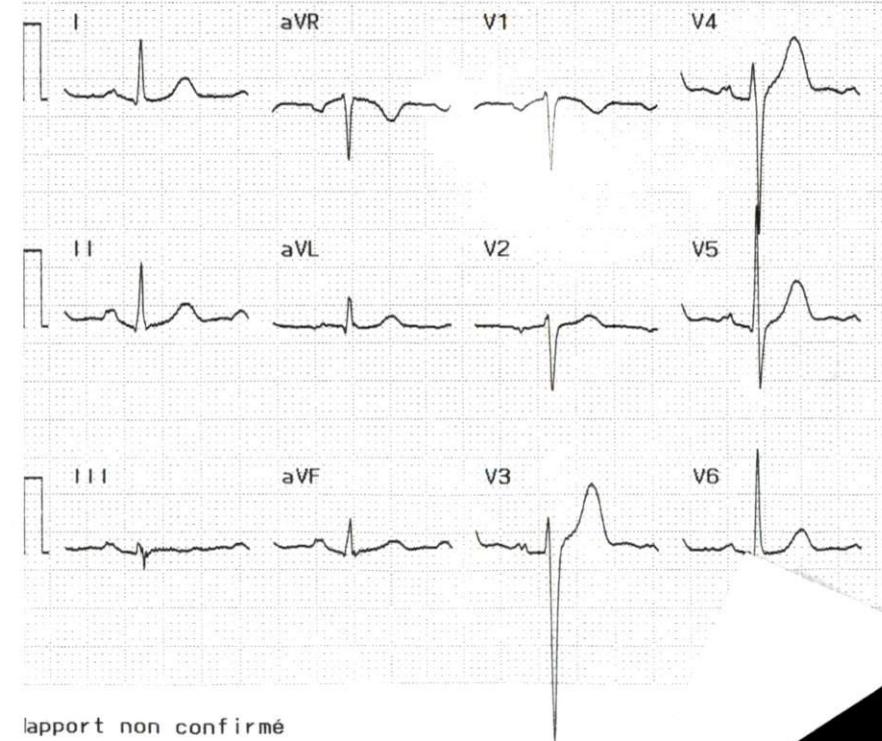
2300689372 / H0122030164



PAYANT
Sexe: M

Prénom: SAID
Nom: TAMER
DDN : 01/01/1968 E: 23/05/2023
Service :URGENCES (NA)

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



rapport non confirmé
levu par :

Examen :

72.040