

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

- Reclamation : 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° M21- 061990

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9754 Société : AG3105

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAMER FAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0677464495 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 :

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) :

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
23/05/23			1606,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/23	415,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

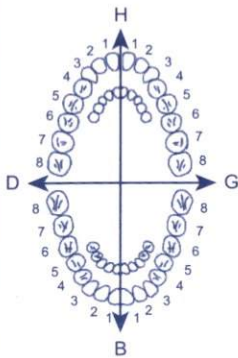
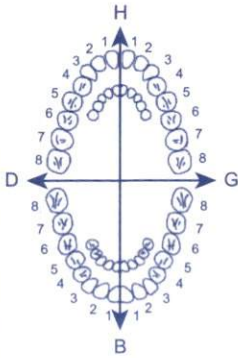
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000 G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 21433552		00000000 00000000		D 00000000 G		00000000 00000000		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412 21433552																	
	00000000 00000000																	
	D 00000000 G																	
	00000000 00000000																	
	35533411 11433553																	
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300689372 / H0122030164

Prénom : SAID

Nom : TAMER

DDN : 01/01/1968 E 23.05/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

Nonlisation

Dr. Cheikh Khalifa Ibn Zai
Urgences
Tél : 05 29 00 44 77
Fax : 05 29 03 53 45
contact@hckm.ma

Dr. Asmaa LAAD
Urgences
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zai

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

Casablanca le

TATER SAID
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 :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Urgentiste
LAAHAYA

CASABLANCA

Nº: 23052321053894200 / 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

Digital Chain Media
Tel: 05 29 00 44 77
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@dkm-hick.com
www.dkm-hick.com

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

الشيخ خليفة بن زايد
23/05/2023 21:05
Tél.: 05 29 03 53 45
Tél.: 05 29 00 44 77
Fax : 05 29 00 44 77
Email: contact@hik.ma

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

Pharmacie Nidra km 210
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@nidra.hk.mn

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	1,00		450,00	450,00
DECHOCAGE				
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
			Sous-Total	1 438,00
PHARMACIE	1,00		166,20	166,20
			Sous-Total	166,20
Total Clinique				1 604,20

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.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

Edité le : 23/05/2023 à 16:57

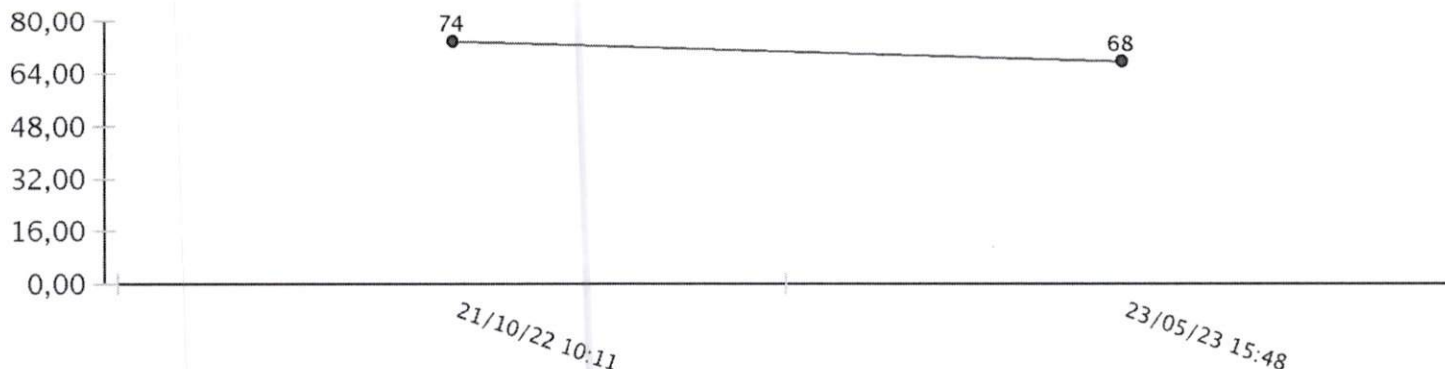
TAMER SAID

Dossier N° : 23055450K

Service : URGENCE



PROTEINES TOTALES(g/L)



CALCIUM

: 97 mg/L

85 - 101

91 mg/L
(21/10/2022)

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

Le 23/05/2023 à 16:57

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. Jalila EL BAKKOURI
Médecin

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

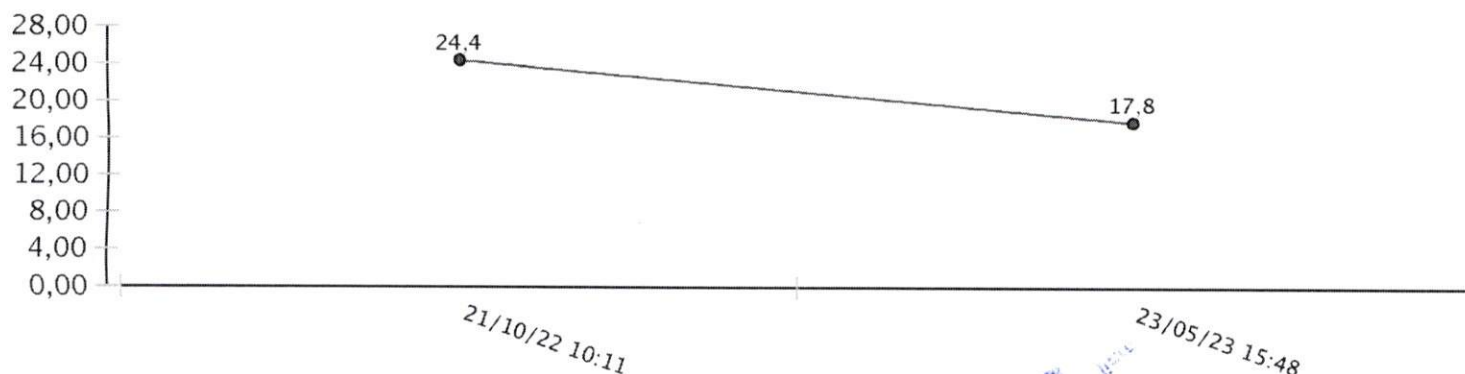


BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 17.80 mg/l < 8 24.40 mg/l
(Immunoturbidimétrie / Architect Ci4100) (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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Médecin

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 23/05/2023

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**

Dr DEHBI Sara
Médecin Radiologue
Tél : 101303238

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.fcgm.ma



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

ROYAUME DU MAROC



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



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm-hck.ma

Le 23/05/2023 à 16:57

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Prof Jalila EL BAKKOURI
Médecin

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



Bi chimie - 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



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	%	41.98 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7	75.0 % (21/10/2022)
P. Eosinophiles	:	5.3	%	0.90 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63	4.4 % (21/10/2022)
P. Basophiles	:	0.7	%	0.12 $10^3/mm^3$ < 0.11	0.2 % (21/10/2022)
Lymphocytes	:	17.2	%	2.94 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8	14.3 % (21/10/2022)
Monocytes	:	6.6	%	1.13 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00	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 Ibn Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Hématologue

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 SA TATIER

126,30 x 2
- Aug 252,60

1 Sachet x 81 - plm 14 jom
- Akrtox 600mg - 1cpl - plm 5 jom
Presthi 40,00 20.

16,00 3cpl - demet - plm 5 jom.
- Anadol 1cpl x 81 - si Fiebre
20,00 14 dol.

43,80 1 Cos x 81 - plm 5 jom
- Ixor 20 1cpl - 20 jom

(4) Traite Hal... 2 +++

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

ANDOL^c

500
200mg
1000 mg

Comprimé effervescent 10x10

PPV(DH):

Lot N°:

A ut.av.:

1600

PPV (DH) :

LOT N° :

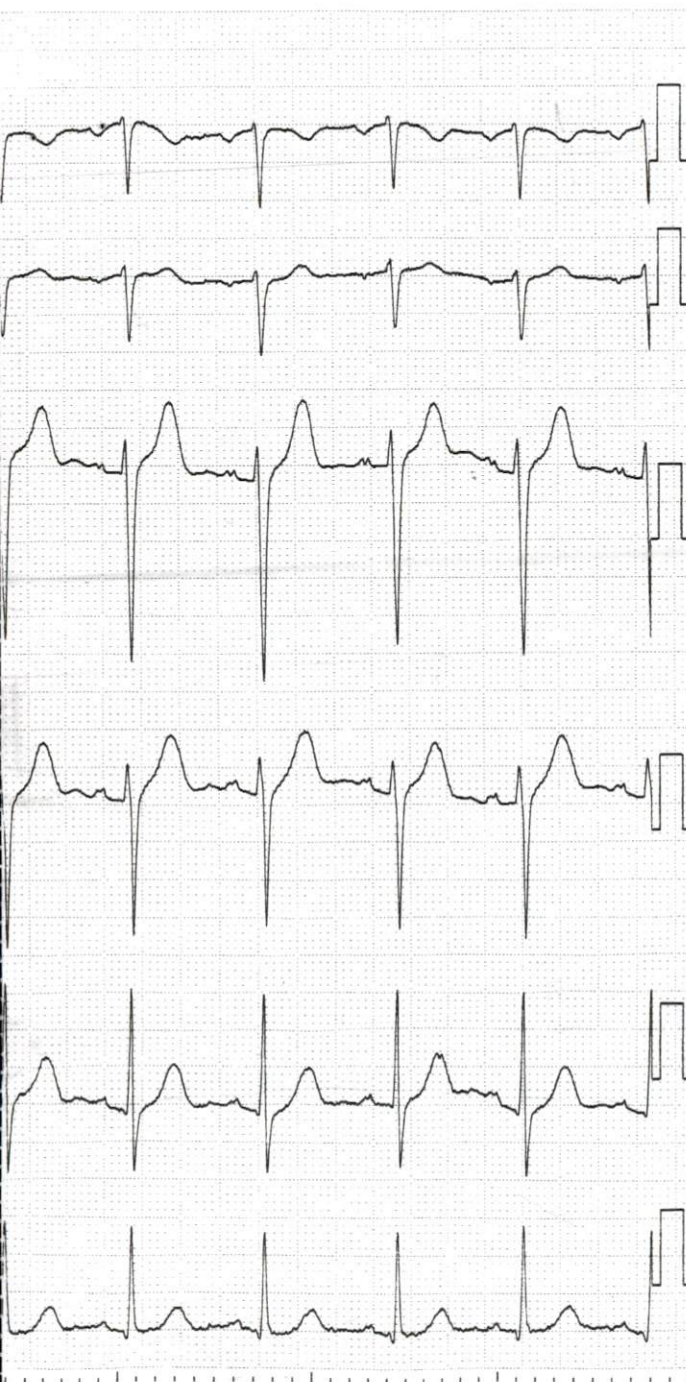
UT. AV.:

32160

IXOR[®] 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80
EXP 12/2024
LOT 20019 4

kg / mmHg 86 bpm



D:

bm :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

cm kg / mmHg

req. ventr. 88 bpm

nt. PR 170 ms

urée QRS 94 ms

nt. QT/QTc(E) 366/ 411 ms

xe P/QRS/T 47/ 33/ 33 *

mpl RV5/SV1 1.60/ 0.93 mV

mpl RV5+SV1 2.53 mV

1100 Rythme sinusal

9110 ** ECG normal **



2300689372 / H0122030164

Prénom: SAID

Nom: TAMER

DDN: 01/01/1968 E: 23/05/2023

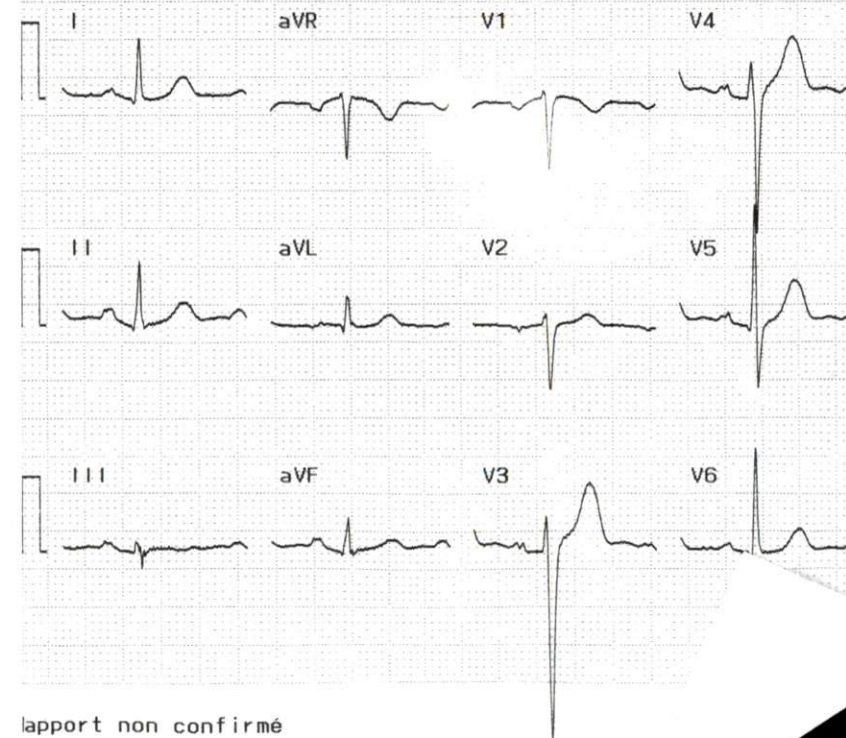
Service: URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



l'apport non confirmé

levu par :

examen :