

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS :Centre Alil Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alil Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-769616

1-94  
w radio

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10600 Société : RAY

Actif  Pensionné(e)  Autre

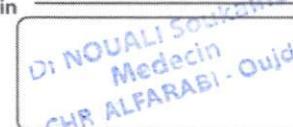
Nom & Prénom : BAKHTOURI Abdelhak

Date de naissance : 15.09.1965

Adresse : Hay Ngardi Rue 17 N° 58 ouïda

Tél. : 0666790697 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2023

Nom et prénom du malade : Abdelhak BAKHTOURI

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : 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 : Oujda Le : 16/06/2023

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
14/06/2023		C	40,00 DM CHF = 306.72	INP : 02293402 NOUVEL INVESTISSEMENT CHR ALFARABI - Chida

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE AL FARAJI UR. HADDAR Khalil armacol 010 964 1234567890</i>	14/06/2023	1h0/p = 30.672	180.00 د.ل
	14/06/2023	Bln/p = 30.672	142,50
	14/06/2023	32.12	300.00 د.ل

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE SANTE DE L'ORIENTAL  
DELEGATION PREFECTORALE DE SANTE D'OUJDA  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL

NO 397948

HOPITAL AL FARABI

Prénom et Nom : BAKHTAROU ABDELHAR

AGE	SERVICE	BILLET DE SALLE	SALLE	LIT	DATE

NATURE DU PRELEVEMENT	EXAMEN DEMANDE	Signature du Médecin
	NFS	DR. Khatibou F.Z Médecin Interne CH. AL FARABI Oujda

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : .....  
.....  
.....

REPONSE DU LABORATOIRE N° : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

LE : 11-06-2023

Signature du Pharmacien Chef

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE SANTE DE L'ORIENTAL  
DELEGATION PREFECTORALE DE SANTE D'OUJDA  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL  
HOPITAL AL FARABI

NO 397950

Prénom et Nom : BAKHTASIN ABDLHAK

AGE	SERVICE	BILLET DE SALLE	SALLE	LIT	DATE

NATURE DU PRELEVEMENT	EXAMEN DEMANDE <i>ionogramme</i> <i>Glycémie</i>	Signature du Médecin <i>CHR AL FARABI-OUJDA</i> <i>Medecin interne</i> <i>DR. Kherroubi P.Z.</i>
-----------------------	--	---

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :	.....
	.....

REPONSE DU LABORATOIRE N° :	LE <u>14-12-2023</u>
	Signature du Pharmacien Chef

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



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE SANTE DE L'ORIENTAL  
DELEGATION PREFECTORALE DE SANTE D'OUJDA  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL

NO 397949

HOPITAL AL FARABI

Prénom et Nom : BAKHTOURI AD.DL.HAK

AGE	SERVICE	BILLET DE SALLE	SALLE	LIT	DATE

NATURE DU PRELEVEMENT	EXAMEN DEMANDE TP-TCK	Signature du Médecin Dr. Kharfouchi F.Z Médecin Interne CH. AL FARABI-OUJDA
-----------------------	--------------------------	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : .....

REPONSE DU LABORATOIRE N° : .....

EE : 14 - D6 - 20 3A

Signature du Pharmacien Chef

TP = 100 %

TCK = 26' / 26'



## Facture Urgence

N° Quittance

30625

Code ANAM : 080004765	N° Compte Courant
Facture Numéro : 2 023 / P / 15 116	TRÉSORERIE PROVINCIALE DE OUJDA

Identification		Débiteur	
Index Patient : 31 457 N° Urgence : 14 204 Nom et prénom : ABDELHAK BAKHTAOUI CIN : F325260 Adresse : HAY NAGADI RUE 17 NR 52 OUJDA		PAYANT	
Médecin		Date	
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE		Date Entrée : 14/06/2023 14:08:00	

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
<b>EXAMENS BIOCHIMIE</b>							
Glycémie	B118	B	30,00	1,00	22,50	22,50	22,50
NUMÉRATION FORMULE(GLOBULES ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES)(NFS)	B216	B	80,00	1,00	60,00	60,00	60,00
TP-TAUX PROTHROMBINE	B236	B	40,00	1,00	30,00	30,00	30,00
TCK: TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	B239	B	40,00	1,00	30,00	30,00	30,00
<b>Montant Total:</b>							<b>142,50</b>

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT QUARANTE-DEUX DHS ET CINQUANTE CENTIMES		
Montant à payer : 142,50 DHS		
14/06/2023 15:06:38	Facture Etablie Par Personnel N° : LOUAIT	Signature du responsable :



Centre Hospitalier Régional AL FARABI  
DELEGATION PROVINCIALE OUJDA  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Données Patient

nom

1/15116

sex

Date de Naissance

analyse réalisée par

autres données

Type d'échantillon

SER

Date

14/06/20

Technique

Valeur

Unités

Rang Référence

Observat

GLUCOSE

1,04

g/L

0,7-1,1



## Facture Urgence

N° Quittance

30678

Code ANAM : 080004765	N° Compte Courant
Facture Numéro : 2 023 / P / 15 112	TRÉSORERIE PROVINCIALE DE OUJDA

Identification	Débiteur
Index Patient : 31 457	PAYANT
N° Urgence : 14 204	
Nom et prénom : ABDELHAK BAKHTAOUI	
CIN : F325260	
Adresse : HAY NAGADI RUE 17 NR 52 OUJDA	
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 14/06/2023 14:08:00

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
<b>CONSULTATIONS</b>							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
<b>RADIOLOGIE STANDARD</b>							
RADIO DU THORAX	T205	Z	16,00	1,00	120,00	120,00	120,00
<b>Montant Total:</b>							<b>160,00</b>

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT SOIXANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 160,00 DHS

14/06/2023 14:14:11

Facture Etablie Par Personnel N° : LOUAIT

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE SANTE DE L'ORIENTALE  
DELEGATION PREFECTORALE DE SANTE D'OUJDA  
CENTRE HOSPITALIER  
HOPITAUX AL FARABI



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المديرية الجهوية للصحة للجهة الشرقية  
المندوبية الإقليمية للصحة وجدة  
المركز الاستشفائي  
مستشفى الفارابي

## DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nom du malade : BAKHTAARI ABDELHAK Age : .....

N° d'entrée : .....

Renseignements cliniques : ékaléan d'ORP

Nature d'examen RX. (localisation) : Re thorax

Nature d'examen RX. (localisation) : .....

Médecin demandeur  
(Nom et Signature)

N° d'examen : .....

Date : 14-06-2023

Technicien : .....

Format (film) : .....

DR. KHALFACHOU F.Z  
Médecin Intérimaire  
CHR AL FARABI OUJDA  
Médecin demandeur  
(Nom et Signature)  
M. MOUALLI  
Medecin  
CPT  
Date : 14-06-2023  
UNITE DE RADIOLOGIE  
CENTRE HOSPITALIER AL FARABI  
ROYAUME DU MAROC

# ORDONNANCE

Date : 14-06-2023

OUR MURABAI - OUTDOOR  
INDUSTRIAL - OUTDOOR

10 65 98 98 10  
OUR MURABAI  
INDUSTRIAL - OUTDOOR

The purpose

BAKTHAOUT ABSLHAKE



# مختبر الفارابي للتحاليل الطبية

## Laboratoire Al Farabi d'Analyses Médicales

Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Parasitologie  
**Dr Khalid HADDAR**  
**Pharmacien Biogiste**

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon (France)

205-14F23

Prélèvement du : 14/06/2023  
Résultats édités le: 14/06/2023

**MR BAKHTAOUI ABDELHAK**

Dossier N° 23F395

Page: 1/1

### -- MARQUEURS CARDIAQUES --

#### TROPONINE I (TNHS)

Technique : ELFA VIDAS

Résultat: **18,5 ng/l**

D : Différence de concentration en troponine TNHS entre T2h et T0

1) Exclusion d'IDM :

Troponine TNHS à T0 < 2 ng/l  
OU D (T2h - T0) < 10 ng/l

2) Inclusion d'IDM :

T0 >= 100 ng/l  
D ( T2h - T0) >= 10 ng/l

entre les 2 : zone d'observation

Total de pages: 1

LABORATOIRE AL FARABI  
Dr. HADDAR Khalid  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Rue Errazi N° 3 - OUJDA  
Tél. 05 36 68 58 10

# مختبر الفارابي للتحاليل الطبية

## Laboratoire Al Farabi d'Analyses Médicales



Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Parasitologie  
**Dr Khalid HADDAR**  
Pharmacien Biogiste

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon (France)



Oujda Le 14/06/2023

**Facture : F23/06-04992**

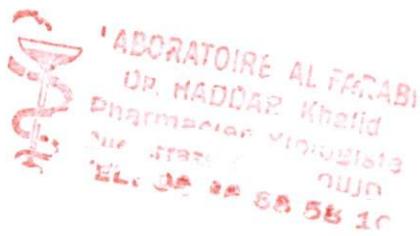
Nom du patient : BAKHTAOUI ABDELHAK

Examens : TROPONINE

Cotation : B250

Montant : 300.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Cent Dhs



TOTAUX  
REPORTS

MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE L'ORIENTALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL

AL-FARABI

1

FACTURE

15116

30675

QUITTANCE

Reçu de M

Abdelhak Bakhtoui

La somme de

Cent quarante Deux dh et 50 cent

Nature de la recette	EX	Sommes
Bilan		142,50
Total		142,50

Cachet du Service

Le 14/06/23

Signature Régisseur de Recettes

TOTAUX  
REPORTS

160,00

MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE L'ORIENTALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL  
AL-FARABI

FACTURE

15112

QUITTANCE

30672

Reçu de M. Abdelhak Ba Khatouri  
La somme de cent soixante dh

Nature de la recette	EX	Sommes
c		160,00
+		
Re. Farabi		
Total		160,00

Cachet du Service

Le 14/06/23

Signature Régisseur de Recette