

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.

Nº W21-805315

177404

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5179

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMZAOUI Hassan

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse :

hamzaoui2014@gmail.com

Tél. : 0627745260

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

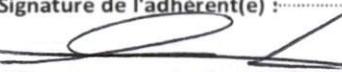
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/01/23	B0250	300,00

AUXILIAIRES MEDICALS

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"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">214323552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">114323553</td> </tr> </table>			H	25533412	214323552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	114323553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	214323552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	114323553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

F A C T U R E

N° : **134501 / 2023** du **26/09/2023**

Nom patient	HAMZAoui HASSAN	Entrée	26/09/2023
	PAYANTS	Sortie	26/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0250	300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii, Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2309261355546270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300752496	HAMZAOUI HASSAN	26/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	011412	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : AMA.SEM

131:0529.05.02
L300



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : ٢٦/٥/٢٠١٩

ME CBH

21 CRP

LaBoratoire Nadiouba à t...
Tel : 0529.05.02.35
E-mail : labo@rge.ma

03123275
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. HASSAN YOUSSEF
Dr. HASSAN YOUSSEF
Chirurgie VASCULAIRE



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123028169

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 17/09/2023

Prélevé le : 17/09/2023 à 18:06

Édité le : 18/09/2023 à 12:34

HAMZAoui HASSAN

Dossier N° : 23093860K

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.39	$10^{12}/l$	4.08 - 5.6
Hémoglobine	:	14.7	g/dl	12.9 - 16.7
Hématocrite	:	41.0	%	38 - 49
VGM	:	93.4	fl	83 - 97
CCMH	:	35.9	g/dl	32.3 - 36.1
TCMH	:	33.5	pg	27.8 - 33.9

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	8.86	$10^3/mm^3$	3.8 - 10.0
P. Neutrophiles	:	84.8	%	7.51 $10^3/mm^3$ 1.6 - 5.9
P. Eosinophiles	:	0.0	%	0.00 $10^3/mm^3$ 0.03 - 0.50
P. Basophiles	:	0.2	%	0.02 $10^3/mm^3$ < 0.09
Lymphocytes	:	9.1	%	0.81 $10^3/mm^3$ 1.07 - 4.10
Monocytes	:	5.9	%	0.52 $10^3/mm^3$ 0.23 - 0.71

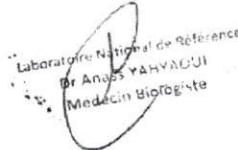
PLAQUETTES

Plaquettes	:	117	$10^3/mm^3$	140 - 385
------------	---	-----	-------------	-----------



Le 18/09/2023 à 12:34
Signature

Dr. YAHYOUI ANASS



Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.



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.



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123028169

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 17/09/2023

Prélevé le : 17/09/2023 à 18:06

Édité le : 18/09/2023 à 12:34

HAMZAoui HASSAN

Dossier N° : 23093860K

Service : URGENCE



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 51.60 mg/l

(Immunoturbidimétrie / Architect Ci4100)

< 8

< 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

IONOGRAMME

URÉE : 0.44 g/L 0.15 - 0.45

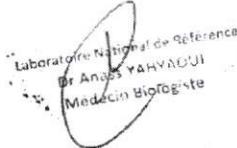
CRÉATININE SANGUINE : 15.60 mg/L 7 - 13



Le 18/09/2023 à 12:34

Signature

Dr. YAHYOUI ANASS



Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

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 / 3



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123028169

Date de naissance : 01/01/1952

Sexe : M

Date de l'examen : 17/09/2023

Prélevé le : 17/09/2023 à 18:06

Édité le : 18/09/2023 à 12:34

HAMZAoui HASSAN

Dossier N° : 23093860K

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT

: Non renseigné

ASPECT MACROSCOPIQUE

: Clair

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes

: < 10⁴/ml

< 10⁴/mL

Hématies

: < 10³/ml

< 10³/mL

Cellules épithéliales

: Rares

Autres cellules

: Absence

Cylindres

: Absence

Cristaux

: Absence

Eléments fongiques

: Absence

CULTURE

Culture : Positive < au seuil significatif

Numération des germes

: < 10³ UFC/ml

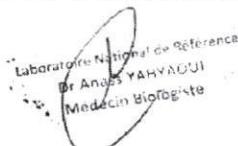
COMMENTAIRE

: Absence d'arguments microbiologiques en faveur d'une infection et/ou d'une colonisation urinaire.



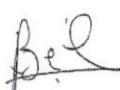
Le 18/09/2023 à 12:34
Signature

Dr. YAHYAOUI ANASS



Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.



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 / 3



مركز التقدیمات

26/09/23 12:47:22
9900398026
93980201
HOP CHEIKH KHALIFA G10
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
HASSAN HAMZAOUI
xxxxxxxxxxxxx4313
10/29 CARTE NATIONALE
492DB40412197CAE
220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 008
NUM AUTORISATION: 399688
STAN : 011412

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT