

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 canaux, 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 canaux.

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 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° W21-805315

177404

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5179 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMZAOUI Hassan

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : hhamzaoui2014@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 : /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Age : /

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) : /



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
				INP : [][][][][][][][][][][][][][][]

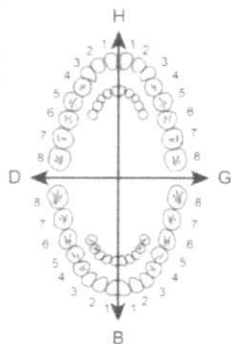
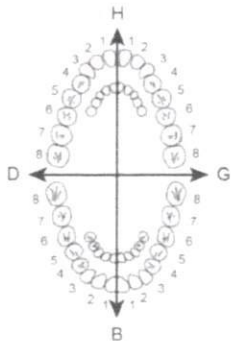
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Stamp and signature area with handwritten text and a blue circular stamp.

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

Handwritten signature and blue circular stamp.



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 26/09/2023

HAMZA Aouit ASSAH

1 E CBU

21 CRP

E-mail: hick@hick.ma
Tél : 05 29 05 02 33
Laboratoire National de

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. HOUARY YOUSSEF
Urologie
03121213275



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

Edité le : 18/09/2023 à 12:34

HAMZAOUÏ 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

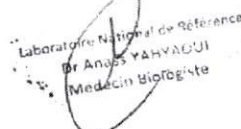
PLAQUETTES

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

Le 18/09/2023 à 12:34

Signature

Dr. YAHYAOUÏ 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

Edité le : 18/09/2023 à 12:34

HAMZAOUI HASSAN

Dossier N° : 23093860K

Service : URGENCE



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 51.60 mg/l < 8
(Immunoturbidimétrie / Architect Ci4100)

< 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. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

Bel

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

Edité 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	:	$< 10^4/\text{ml}$	$< 10^4/\text{ml}$
Hématies	:	$< 10^3/\text{ml}$	$< 10^3/\text{mL}$
Cellules épithéliales	:	Rares	
Autres cellules	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Eléments fongiques	:	Absence	
CULTURE			
Culture	:	Positive < au seuil significatif	
Numération des germes	:	$< 10^3 \text{ UFC/ml}$	
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

Laboratoire National de Référence
Dr. ANASS YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

Bel

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.



مركز النقديات

26/09/23 12:47:22

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

HASSAN HAMZAOU

xxxxxxxxxxxx4313

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