

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-000961

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11451 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUSSA MENEBID Date de naissance : 1/8/1939

Adresse :

Tél. : 0604361057 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : K. HAMMI

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

## 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
22/10/2023	Consultation	1	148460/23	Hôpital Universitaire de Paris Dокумент Numérisé Signature Numérisée
			148460/23	126301
			148460/23	148460/23
			148460/23	148460/23

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/23	160.-

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D** (Upper Left Quadrant): Teeth 1 through 8.
- G** (Upper Right Quadrant): Teeth 9 through 16.
- H** (Lower Right Quadrant): Teeth 17 through 24.
- B** (Lower Left Quadrant): Teeth 25 through 28.

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300766583 / 180811184810H

**Prénom :** Sara

**Nom :** MENNAN

DDN : 12/08/2006 E: 22/10/2022

**Service :URGENCES (NA)**

**PAYANT**

Sexe: M

79120

4) AZIX Rao us



三

四〇、〇〇

of estimated do my



3 op 1j pensout 3 joms

22,50

31 2012 20 my



$$T = 160,120$$

18100

141

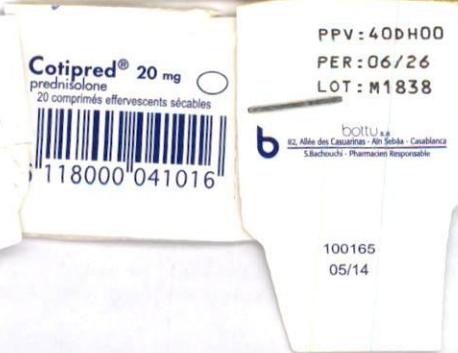
41 Delmar - nfc. 100 m

$$cp \times 317$$

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477 / +212 608 873 367  
Urgences : +212 568 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khanfar  
Doktior Idriss IALAM RIAA  
Perthame 133 33 3 01



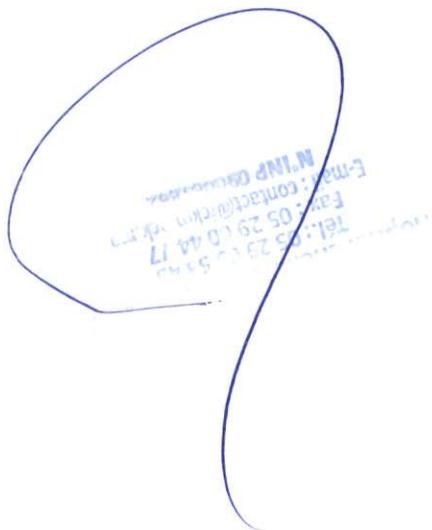
LOT: 4974  
PER: 06/26  
PPV: 22DH50



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

22/10/2023  
23:44

Nom Patient :	<b>MENNAN SARA</b>		Numéro dossier :	<b>2300766583</b>	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
22/10/2023	SERINGUE 10ML	1628304	1,00	0,94	0,94
22/10/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1628304	1,00	1,44	1,44
22/10/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1628304	1,00	0,26	0,26
22/10/2023	INTRANULE G 20	1628304	1,00	1,61	1,61
22/10/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1628304	1,00	5,87	5,87
22/10/2023	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1628304	1,00	14,08	14,08
22/10/2023	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)(1)	1628304	1,00	23,72	23,72
22/10/2023	ONDANSETRON NORMON 8 MG/4ML INJECTA (1)	1628304	1,00	46,24	46,24
22/10/2023	CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	1628304	1,00	9,00	9,00
22/10/2023	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1628321	1,00	4,99	4,99
				<b>Total pharmacie</b>	<b>108,15</b>



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## **PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN**

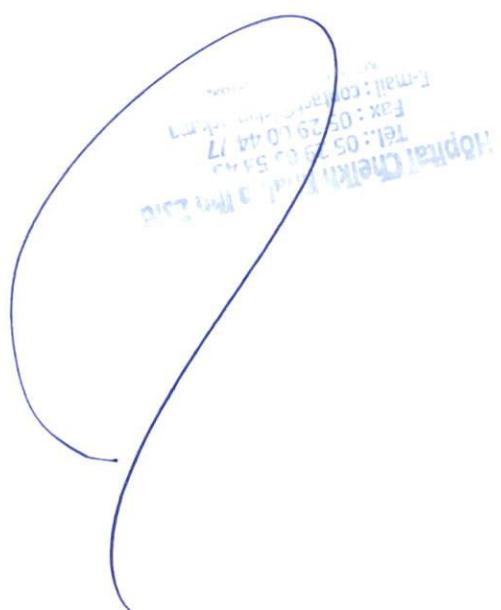
2092271

2300766583

22/10/2023

23:44

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
22/10/2023	2300766583	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
22/10/2023	2300766583	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
			<b>Total</b>		<b>216,00</b>	



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **148 460 / 2023** du **22/10/2023**

Nom patient : **MENNAN SARA**

Entrée **22/10/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **22/10/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0180	216,00	216,00
			Sous-Total	516,00
PHARMACIE	1,00		108,15	108,15
			Sous-Total	108,15
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>624,15</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SIX CENT VINGT-QUATRE DIRHAMS QUINZE CENTIMES

**Total** **624,15**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	624,15	624,15	0,00

## Reçu de caisse

N° : 2310222343289380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300766583	MENNAN SARA	22/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005061	228,15
PAYANT	Total payé	228,15
DEUX CENT VINGT-HUIT DI		

Reçu établi par : ABD.KAR

Opérateur : 0525 20 33 00  
Tél : 0525 20 33 00  
Fax : 0525 20 33 00  
E-mail : contact@hckz.ma

CASABLANCA

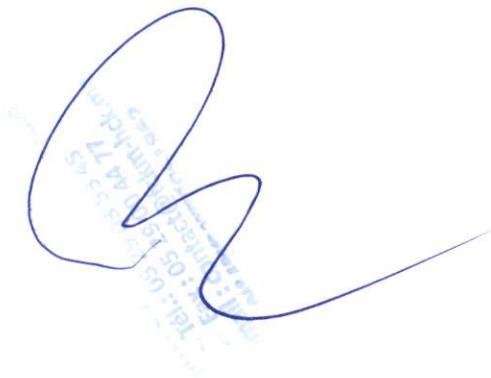
## Reçu de caisse

N° : 23102221523570401 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300766583	MENNAN SARA	22/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5058	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : MOH.RHO

A handwritten signature in black ink, appearing to read "MOH.RHO", is written over a blue ink stamp. The stamp contains the text "CHIRURGIEN-DENTISTE", "DOSSIER N° 2300766583", "DATE 22/10/2023", and "PACIENT MENNAN SARA".

## Reçu de caisse

N° : 2310222134057040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300766583	MENNAN SARA	22/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5057	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MOH.RHO



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 180811184810HA

Date de naissance : 12/08/2006

Sexe : M

Date de l'examen : 22/10/2023

Prélevé le : 22/10/2023 à 20:51

Édité le : 22/10/2023 à 21:33

MENNAN SARA

Dossier N° : 23105604K

Service : URGENCE



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.33	$10^{12}/l$	4.28 - 6
Hémoglobine	:	<b>11.9</b>	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	<b>35.0</b>	%	39 - 53
VGM	:	80.8	fL	78 - 98
CCMH	:	34.0	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	27.5	pg	26 - 34

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.09	$10^3/mm^3$	4 - 11
P. Neutrophiles	:	86.4	%	6.13 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.0	%	<b>0.00</b> $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.1	%	0.01 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	8.7	%	<b>0.62</b> $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	4.8	%	0.34 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	190	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------

## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE	:	<b>9.50</b>	mg/l	< 8
---------------------	---	-------------	------	-----

(Immunoturbibimétrie / 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

**Ne pas diffuser au patient**

**Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

Le 22/10/2023 à 21:33

Signature

Mr. KADRIF Mohammed

1 / 1

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.



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

SARA  
MENNAN

Casablanca le

: ..... / ... / .....

## 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 Universitaire International Cheikh Khalifa

Docteur OUALI ALAMI RAJAA

Pédiatrie

01262201



مركز الميديا

22/10/23

20:42:08

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

SOUSSI MENEBHI/LAILA.MM

xxxxxxxxxxxxxx8845

03/29 CARTE NATIONALE

3BF45B489C4CE2EB

220-0-9999-1-55

MONTANT : 96,00 MAD

NUM TRANSACTION : 028

NUM AUTORISATION: 535995

STAN : 005058

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مصرف التقديمات

22/10/23 20:23:04  
9900397770  
93977701  
HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
SOUSSI MENEBHI/LAILA.MM  
xxxxxxxxxxxxx8845  
03/29 CARTE NATIONALE  
9F12CA06F46F9435  
220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 027  
NUM AUTORISATION: 201401  
STAN : 00505?

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



22/10/23 22:32:39  
9900397770  
93977701  
HOP CHEIKH KHALIFA G3  
Casablanca

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
SOUSSI MENEABI/LAILA.MM  
xxxxxxxxxxxxx8845  
03/29 CARTE NATIONALE  
ED2C921B5C886B67  
220-0-9999-1-55

MONTANT: 228,15 MAD  
NUM TRANSACTION : 031  
NUM AUTORISATION: 546101  
STAN : 005061

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT