

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 :

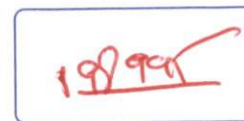
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

M23- N° 0034237

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07087 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : rue Cadi Bekkar ESC B ETG 2 APPT 1
Résidence AL MAUSOUR CASA MAARIF

Tél : 0661526440 Total des frais engagés : 609,50 Dhs

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : cancer pulmonaire

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 : Casablanca Le : 27/02/2024

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
16/02/2024				
19/02/2024				
23/02/2024				

EXECUTION DES SOINS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE RIHAB 5, Rue Codi Bokkor Cosoblonco PHARMACIE EL MELIANI - FASSI FIHRI 5, Rue Codi Bokkor Cosoblonco Tél: 05 22 25 46 00 00 E-mail: labo@rihab.tn	16/02/2024 23/02/2024	419,30 22,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire de Radiologie Tél: 05 29 05 30 30 E-mail: labo@rihab.tn	23/02/2024	3140 x 2	# 1681,00 #

AUXILIAIRES MEDICAUX

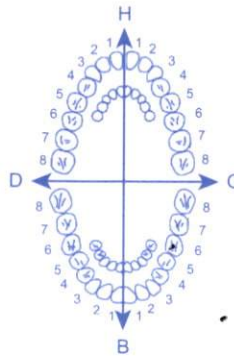
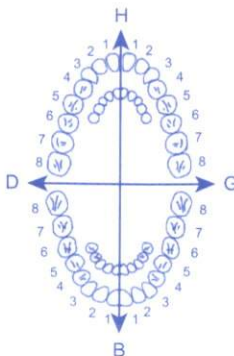
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

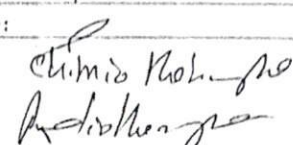

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FS M23-0034 237

Casablanca le 13/02/24

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	CHOUTA AHMED
Matricule :	07082
N° CIN :	B202562
Adresse :	Résidence de MANSOUR rue Ladi Bekkay CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Carcinome épithélioïde pulmonaire bronchoalvéolaire confirmé par biopsie.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Chimio Thérapie Immunothérapie Radiothérapie	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	13/02/24
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	

En application de la loi 09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Compte Rendu

Je soussigné (e) Certifie que Mr/Mme :

CHOUTA Ahmed

est suivie à l'hôpital
Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise

en charge d'un..... CANCER EPITHÉLIOÏDE

pulmonaire bronchoalvéolaire

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

Signature
FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Dr ISMAÏLI NABIL
Directeur de Service
011176206

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 18/10/2024



PPV: 40DH00
PER: 12/26
LOT: M4154

Dr. Chahar Ahmed

2 1/4 40, w
Cefipred 250 mg 3x18 a 03 jours.

337, w
2/ Chemaset 8mg 1x218.

2 3/ 28, w
ceclis 250 mg 1x18 x off.

4/ Vofzen sirop 1x218 (si persistance
ou Clopamide sirop
18.3, Avis Medical.

PPV 18DH30
EXP 09/2026
LOT 360125

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI
5, Rue Cadi Bokkor
Tél: 05 22 25 48 88

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Yacini, Hay El Hassan 1, 3P
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Pbx de RDV : +212 529
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529

LOT 230644
EXP 09/2025
PPV
COOPER PHARMA
PPV : 28,00 DH



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 23/02/2024.

N° CHOUTA Ahmed.



codol. prome cp

1 cp x 4 fo

~~per~~ car

de douleur.

22.20
PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIKRI
5, Rue Codi Bokor - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr SANAA EL MAJJAOU
Radiothérapie



PPV: 22DH20
PER: 08/25
LOT: M2836

F A C T U R E

N° 31 053 / 2024 du 23/02/2024

Nom patient : CHOUTA AHMED

Entrée 23/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00	168,00
			Sous-Total	168,00
Total Frais Clinique				168,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS

Total 168,00

Encassements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			168,00		168,00	0,00

LA SOCIÉTÉ MAROCCAISE DE KAPITALE
Tel: 05 29 05 02 33
E-mail: la@sfk.ma

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124000437

Date de naissance : 12/04/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 23/02/2024

Prélevé le : 23/02/2024 à 07:53

Edité le : 23/02/2024 à 11:45

CHOUTA AHMED

Dowler N° : 24026600K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Automate MYTHIC)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.39	$10^{12}/l$	4.00 - 6.20
Hémoglobine	:	13.0	g/dl	11.0 - 17.0
Hématocrite	:	38.0	%	35.0 - 55.0
VGM	:	86.6	fL	80.0 - 100.0
CCMH	:	34.2	g/dl	31.0 - 35.5
TCMH	:	29.6	pg	26.0 - 34.0

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	11.6	$10^3/mm^3$	4.0 - 12.0
P. Neutrophiles	:	85.6	%	9.93 $10^3/mm^3$ 2.0 - 8.0
P. Eosinophiles	:	0.4	%	0.05 $10^3/mm^3$ 0.0 - 0.4
P. Basophiles	:	0.1	%	0.01 $10^3/mm^3$ 0.0 - 0.2
Lymphocytes	:	8.1	%	0.94 $10^3/mm^3$ 1.0 - 5.0
Monocytes	:	5.8	%	0.67 $10^3/mm^3$ 0.1 - 1.0

PLAQUETTES

Plaquettes	:	302	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------

BIOCHIMIE SANGUINE

IONOGRAMME

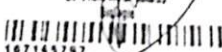
URÉE	:	0.38	g/L	0.15 - 0.45	0.39 g/L (06/01/2024)
CRÉATININE SANGUINE	:	9.20	mg/L	7 - 13	8.20 mg/L (06/01/2024)

Le 23/02/2024 à 11:45

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUI ANASS



Conformément aux termes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être utilisé, utilisé, transféré à des fins scientifiques ou de contrôle de qualité, non générique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical, sauf opposition formelle auprès de notre secrétariat médical. 1 / 1

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taïeb Naciri - Oum Rabia Hay Hassani, BP 62403 Casablanca, Maroc

+212 (0) 5 23 00 44 77

@hickofficiel

@hopital-cheikh-khalifa

www.hick.ma

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

19/02/24

Mr. Choua Ahmed

- NFS

- Gest, mée

Tel : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@hckm-hck.ma

