

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 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 une fois par an.

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.

1990

M23- N° 0034237

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	07087	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed			
Date de naissance : 12/04/1957			
Adresse : rue Cadi Bekkav ESC B ETG 2 APPT 1 Résidence AL MANSOUR CASA MAARIF			
Tél. :	0661526440	Total des frais engagés :	609,50 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	cancer pulmonaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

19/22/Rh

23/02/2024

Digitized by srujanika@gmail.com

EXECUTION DES ORDRES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIHAB EL MELIANI - FASSI FIRH 5, Rue Codi Bakkar Casablanca Tél: 05-46 55 55 55	16/02/26 23/02/26	419,32 22,20
PHARMACIE RIHAB EL MELIANI - FASSI FIRH 5, Rue Codi Bakkar Casablanca Tél: 05-46 55 55 55		

AUXILIAIRES MEDICAUX

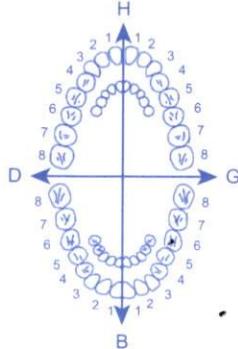
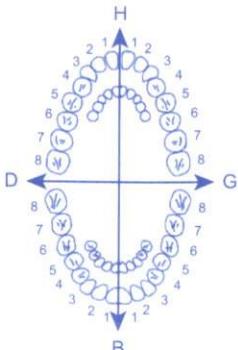
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : P007001
Version : 02
Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : CHOUTA AHMED

Matricule : 07023 N° CIN : P 202 562

Adresse : Résidua AC MAISONNEUVE rue Ladi Belkacem
CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD
Pr ISMAÏL HABIL

N° ICE : N° INPE : Directeur de Service : BP 1126206

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

continuue épisode pulmonaire évoluant avec
confirme par biopsie.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Clomid 50 mg ImmunoPhyto
Androstanol

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 13/02/24

Cachet et signature du médecin traitant :

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD
Pr ISMAÏL HABIL
Directeur de Service : BP 1126206

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Zaïd, Casablanca, Maroc

FS M23-0034237

Casablanca le 13/02/24

Compte Rendu

Je soussigne (c) 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 APPENDICOMAIE

Pulmonaire localisé

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 ZAÏD
Pr ISMAÏL HABIL
Directeur de Service - Entologue
BP 1126206



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 16/02/2024



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

Mr. Chata Ahmed

- 1/ Cephred 40,00 3x18 à 3 fois.
- 2/ Cherasol 33,00 1x218.
- 3/ Cedels 28,00 4x18 à 5ff.
- 4/ Vogsten 18,30 sirop 1x18 (si persistance de symptômes).
Avis Medical.

PPV 18DH30
EXP 09/2026
LOT 360125

~~PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIHRI
5, Rue Cadi Bokkor
Tél: 05 22 25 44 85 00~~

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Benjir, Rue El Hassani, BP Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529

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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 23/02/2024.

N° CHOUTA Ahmed.

✓
S

Codol. prome. q
22 22 22
1cpk 4fz pccm

de douleur.

PHARMACIE RIHAB
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr SANA EL MAJJAOUI
Radiothérapie
Tél: 05 22 25 46 85
5, Rue Codj Bakor - Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr SANA EL MAJJAOUI

Radiothérapie



101230993

PPV: 22DH20

PER: 08/25

LOT: M2836

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00 Sous-Total	168,00 168,00
Total Frais Clinique				168,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS	Total	168,00
----------------------------	-------	--------

		Carte Bq	Total encassé	Solde
Encaissements		168,00	168,00	0,00

LABORATORY NUMBER: 3036
TEL: 05-29.05.02.33
E-mail: labo@fcl.edu.tr

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° CIE 001740003000026

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

Édité le : 23/02/2024 à 11:45

CHOUTA AHMED

Dossier N° : 24026660K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HEMATOLOGIE 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 - 3.0
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
Signature
167145797

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

1 / 1



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

٢٩/٠٢/٢٤

Mr. Shoua Ahmed

- NFS
- Gist, mél

Tél : 05 29 05 02 33
E-mail : labo@fckm-hc.ma

