

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W19-563906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISI AZIZ

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. : 066479 1442 Total des frais engagés : 1893,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/04/2024

Nom et prénom du malade : EL IDRISI AZIZ Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs Abdominales

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

Signature de l'adhérent(e) :



M 22 AVR 2024 / 04 / 2024

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
11/04/2024	vr facture al.	1609,31	1609,31	Reçu de l'ordre du Dr. S. Vistakova Yasmine Date : 11/04/2024
11/04/2024		56 814	56 814	
				03/17/1298

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. S. VISTAKOVA YASMINE 54, Bd. Doudi Tansift Oulfa Casablanca Tél. 05 29 91 32 52	11/04/2024	213,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 24041114342211831 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400862031	EL IDRISI AZIZ	11/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	021820	149,00
PAYANT	Total payé	149,00
CENT QUARANTE-NEUF DIRH		

Reçu établi par : SOU.WAH



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/04/2024
14:39

Nom Patient :	EL IDRISI AZIZ	Numéro dossier :	2400862031		
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/04/2024	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)(1)	1766592	1,00	23,72	23,72
11/04/2024	ONDANSETRON NORMON 8 MG/4ML INJECTA (1)	1766592	2,00	46,24	92,48
11/04/2024	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1766592	1,00	3,77	3,77
11/04/2024	KIT PIQUAGE URG	1766592	1,00	19,40	19,40
Total pharmacie				139,37	

Dr. Idrissi Aziz
 Tel: 05 29 08 53 45
 Tel: 05 29 00 44 71
 Fax: 05 29 00 44 72
 E-mail: idrissi.aziz@hck.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 11/06/2021

Quittance - Paiement espèces

873994

IPP :

N° D'admission : 8400868031 Montant : 140,00 DHS

Patient : EL ADRASSI AZIZ

Payé par : Q. M. E.

Cachet

Hôpital Cheikh
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: contact@hck-huick.ma
PARIS

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2404111217127040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400862031	EL IDRISI AZIZ	11/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	15665	1 320,00
PAYANT	Total payé	1 320,00
		MILLE TROIS CENT VINGT

Reçu établi par : MOH.RHO



13:13:20

11/04/24
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA EL IDRISI AZI
MONSIEUR EL IDRISI 2170
XXXXXX2170 CARTE NATIONALE
12/24
EDF73545D1ACD4CB
621-0-9999-1-44

MONTANT : 1320,00 MAD
TRANSACTION : 012
NUM AUTORISATION : 483285
NUM STAN : 015665

DEBIT
Le CMI vous remercie
TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN**

EL IDRISI AZIZ

2400862031

16/04/2024

14:39

Date		Prestation	Cotation	PU	Montant
11/04/2024	Laborato	NFS - Numération formule sanguine + plaq	B 80	1,20	96,00
11/04/2024	Laborato	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	B 160	1,20	192,00
11/04/2024	Laborato	Créatinine sanguine	B 30	1,20	36,00
11/04/2024	Laborato	Protéine C réactive - CRP	B 100	1,20	120,00
11/04/2024	Laborato	Transaminases SGOT/ASAT	B 50	1,20	60,00
11/04/2024	Laborato	Transaminases SGPT/ALAT.	B 50	1,20	60,00
11/04/2024	Laborato	Lipase	B 100	1,20	120,00
11/04/2024	Laborato	Troponine I ultrasensible	B 250	1,20	300,00
11/04/2024	Laborato	Urée	B 30	1,20	36,00
				Sous Total	1 020,00
				Total	1 020,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tunisie
Rue de la Tunisie 103 53 45
Tél: 05 29 00 64 71
Fax: 05 29 00 64 71
E-mail: contact@hck.tn

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **56 814 / 2024** du **11/04/2024**

Nom patient : **EL IDRISI AZIZ**

Entrée **11/04/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **11/04/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0850	1 020,00	1 020,00
SURVEILLANCE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	1 470,00
PHARMACIE	1,00		139,37	139,37
			Sous-Total	139,37
Total Frais Clinique				1 609,37

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE SIX CENT NEUF DIRHAMS TRENTÉ-SEPT CENTIMES	Total	1 609,37

	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	140,37	1 469,00	1 609,37	0,00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH
HUICK

LABORATOIRE
synergia®

Euzol®
40
Esomeprazole

P.P.C : 99 DH
Lot : Diuo:
F05/23 05/26

Ordonnance

Casablanca, le :



2400862031 / 170525094512SM

Prénom : Aziz

Nom : EL IDRISI

DDN : 01/01/1970 E: 11/04/2024

Service : URGENCES (NA)

PAY

Sexe

Gélules

Voie orale

LOT : 9576
PER : 11-26

P.P.V : 114DH80

PHARMACIE
Dr. SVISAT
N°54, Bd. Oued TIZ
Casablanca

114,80

1) Euzel 40

1 gél à manger par jour

2) Nausele sirop

99,00 Dhs x 3 fl. (20 ml)
autre posy
sinus de
lombes

3) Maxiflue



S.V.

213,50 Dhs par jour

0911711298
Hôpital Universitaire LAFLAH RAJAA
Centre de Santé et de Recherche Médicale

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabi Casablanca - Maroc

Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

: EL IDRISSI

Casablanca le

: 14/11/2014

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 :

.....
.....
.....
.....

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur [Signature]
17/11/2014

Signature et caché du médecin
Des urgences



SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 11/04/2024

COMpte RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme EL TDRASSI AZIZ Le : 10/04/2024

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleurs Abdominales

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

- RADIO
- ECHOGRAPHIE
- SCANNER
- IRM
- AUTRES :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur LAFFITTE MAA
Urgences
031712220

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170525094512SM

Date de naissance : 01/01/1970

Sexe : M

Date de l'examen : 11/04/2024

Prélevé le : 11/04/2024 à 13:35

Édité le : 11/04/2024 à 14:33

EL IDRISI AZIZ

Dossier N° : 24042581K

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

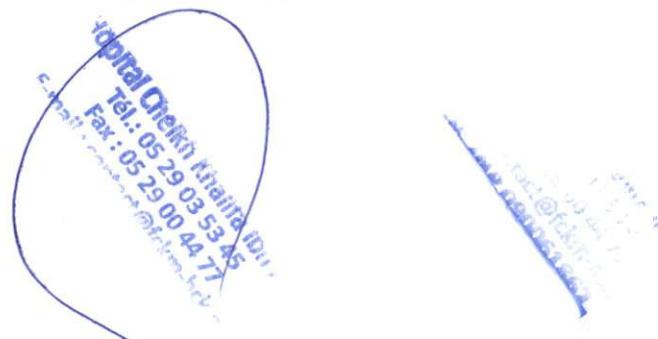
Hématies	:	5.13	$10^{12}/l$	4.28 - 6
Hémoglobine	:	14.6	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	41.7	%	39 - 53
VGM	:	81.3	fL	78 - 98
CCMH	:	35.0	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	28.5	pg	26 - 34

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	11.03	$10^3/mm^3$	4 - 11
P. Neutrophiles	:	82.1	%	9.06 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.5	%	0.06 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.3	%	0.03 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	11.9	%	1.31 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	5.2	%	0.57 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	192	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------



**Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

Le 11/04/2024 à 14:33

Signature

Mr. ZOUHAIR Saad

1 / 3

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 : 170525094512SM

Date de naissance : 01/01/1970

Sexe : M

Date de l'examen : 11/04/2024

Prélevé le : 11/04/2024 à 13:35

Édité le : 11/04/2024 à 14:33

EL IDRISI AZIZ

Dossier N° : 24042581K

Service : URGENCE



heures doit être confirmée par un second prélèvement 4 heures plus tard pour exclure un diagnostic d'IDM.

LIPASE : 21.9 UI/l 8 - 78

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 11/04/2024 à 14:33

Signature

Mr. ZOUHAIR Saad

Hôpital Cheikh Khalifa
Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc
Tél.: 05 29 03 53 77
Fax : 05 29 08 44 77
E-mail : hck.ma

3 / 3

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.

 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc

 +212 (0) 5 29 00 44 77

 @hckofficiel

 [@hopital.cheikh.khalifa](https://www.facebook.com/hopital.cheikh.khalifa)

 www.hck.ma

11-Avr-2024 PM1:35:25

Médicament :

cm kg

/ mmHg

70 bpm

Antécédents :

0 mm/mV

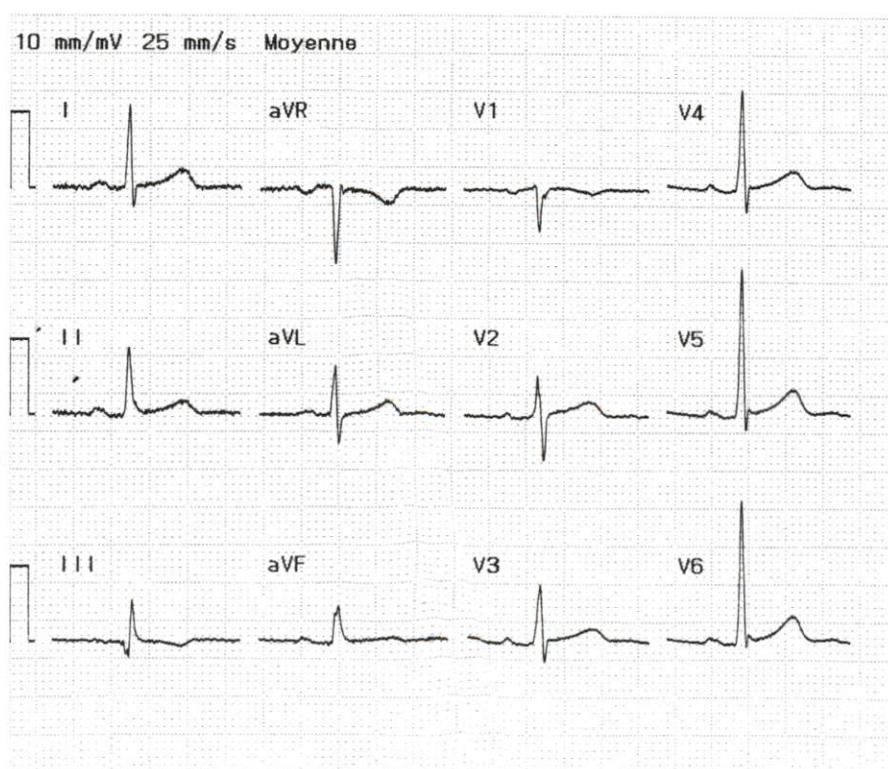


Examen :

11-Avr-2024 PM1:35:25

ID:
Nom :
Sexe: M Date de naissance:
cm kg / mmHg ans
Fréq. ventr. 68 bpm
Int. PR 168 ms
Durée QRS 90 ms
Int. QT/QTc(E) 422/ 440 ms
Int. P/QRS/T 26/ 33/ 17 ms
Imp. RV5/SV1 1.96/ 0.55 mV
Imp. RV5+SV1 2.51 mV

1100 Rythme sinusal
0102 ARTEFACT PRÉSENT
9110 ** ECG normal **

rapport non confirmé
levé par :

Examen :

âge : / mmHg ans
 72 bpm
 172 ms
 88 ms
 408/ 432 ms
 19/ 34/ 20 ms
 •
 Imp I RV5/SV1 1.89/ 0.56 mV
 Imp I RV5+SV1 2.45 mV

1100 Rythme sinusal
 0102 ARTEFACT PRÉSENT
 9110 ** ECG normal **



2400862031 / 170525094512SM

Prénom: Aziz

Nom: EL IDRISI

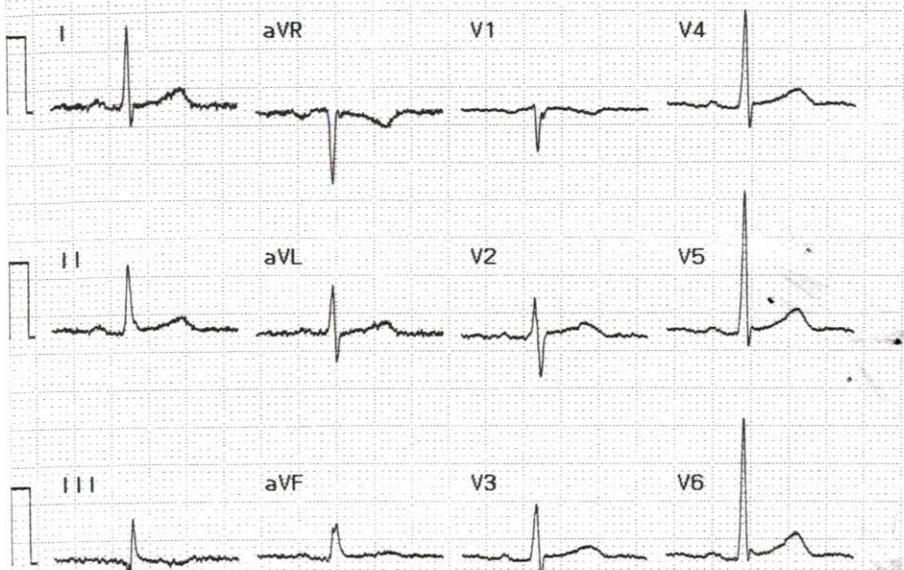
DDN : 01/01/1970 E: 11/04/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne

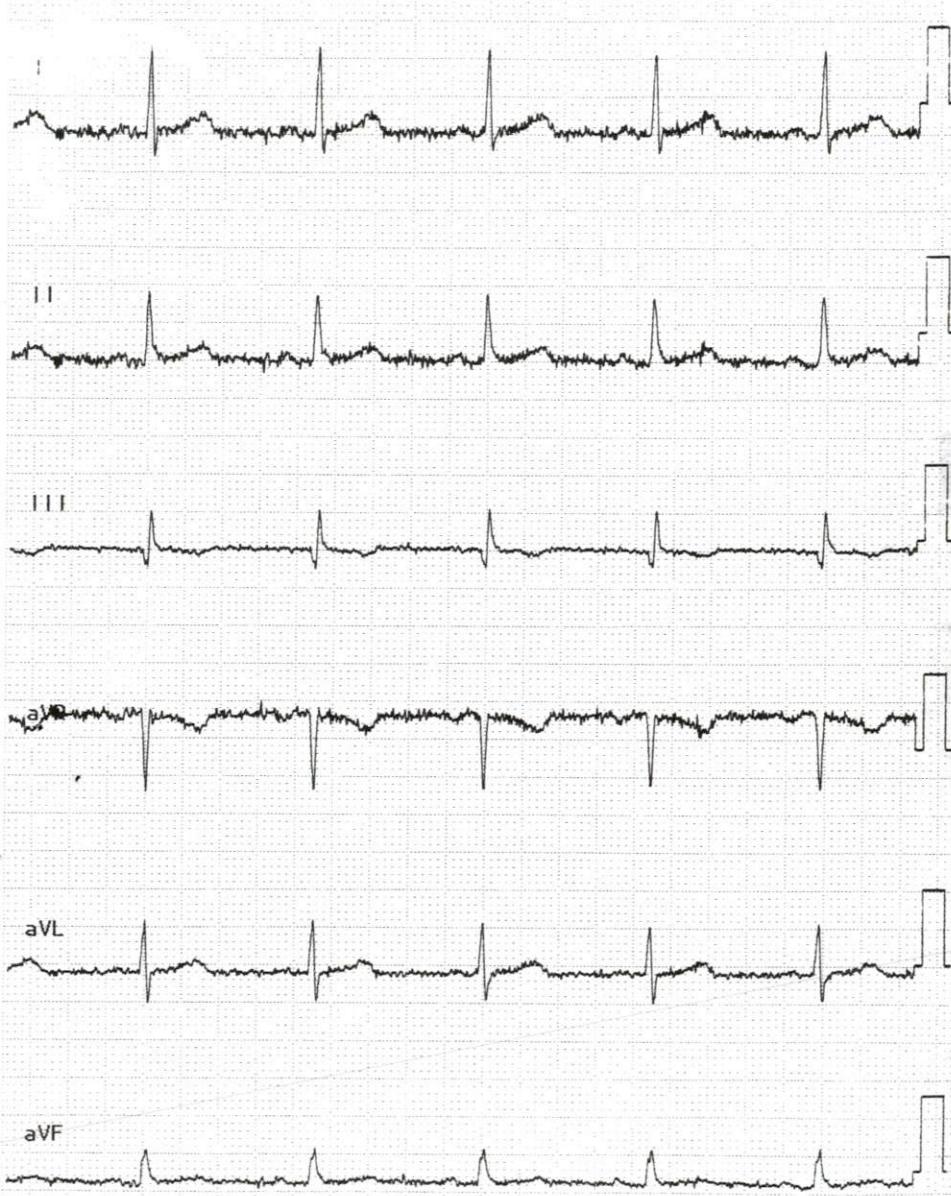


rapport non confirmé
levé par :

Examen :

ID:
Nom :

Sexe: M Date de naissance:
 Symptômes :
 10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz



ID:

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

11-Avr-2024 PM1:34:45

Médicament :

cm kg

/ mmHg

73 bpm

Antécédents :

10 mm/mV

