

## 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.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-486137

ND = 17761



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1487	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MACKHOUF SAÏD			
Date de naissance : 30.06.1950			
Adresse : Lot. 02 ADRASSA N° 126. Sidi Maâoul Agdal			
Tél. : 06.06.82.06.71	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           HÔPITAL UNIVERSITAIRE HASSAN II            Pt. ASS. JALAL MOHAMED            GYNECOLOGUE OBSTÉTRICIEN            011214091         </div>
Cachet du médecin :
Date de consultation : 05/11/2011
Nom et prénom du malade : Sabbar Alhalasye
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gyne
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS
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 23/10/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : HS

Le : 23/10/2020

### 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
05/11/18	F.N.	Cf	780,00	INP : 031214091 Dr. ASSALAL MOURID GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
			1369,46	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5.11.2018	8250

### 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 :
				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"/>
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



1900138285 / H0119040605

Prénom : Khadija

Nom : SABBAR

DDN : 01/01/1959 E: 05/11/2019

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

05/11/11

21

RPV: 55,00 DH  
LOT: 613512  
PER: 11/20

55,00  
1 AMOXILL 1g  
1 CPX 2/1

SP  
PdG

1

27,50  
1 Sparfon  
1 CPX 3/1  
82,50

P  
27,50  
1

0987

وصفة طبية

Casablanca, I



1900138285 / H0119040605

Prénom : Khadija

Nom : SABBAR

DDN : 01/01/1959 E: 05/11/2019

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

05/11/19

M Sabbar kbastye

Hôpital Cheikh Khalifa Bin Zaid  
Tel : 05 22 03 53 45  
Fax : 05 22 00 44 77  
E-mail : contact@hck.ma  
N° NPD n9000618562

ECU BU

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. ASS. DR. M. REGAHDINE  
GYNECOLOGIE OBSTETRICIEN  
03124004

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **136 946 / 2019** du **05/11/2019**

Nom patient : **SABBAR KHADIJA**

Entrée **05/11/2019**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **05/11/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation de gynécologie-obstétrique avec échographie ECBU	1,00		600,00	600,00
	1,00		180,00	180,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>780,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>780,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SEPT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>780,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
						<b>780,00</b>	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
E-mail: [fact@hcmh.km](mailto:fact@hcmh.km)  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

**960891**

1900138285

08/11/2019

14:04

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
05/11/2019	1900138285	LIMS	ECBU + Antibiogramme	1	1,20	180,00
<b>Total</b>						<b>180,00</b>

HÔPITAL CHEIKH  
KHALIFA IBN ZAID  
Admission Facture

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 1911060049405870 / 1 / 430 679

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900138285	SABBAR KHADIJA	06/11/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		780,00
PAYANT	Total payé	780,00
SEPT CENT QUATRE-VINGTS		

Reçu établi par : ABD.AZH

Hôpital Cheikh Khalifa  
Admission F2019/11/06

**Spécialités**

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

**Identifiant du patient :** H0119040605

**Date de naissance :** 01/01/1959

**Sexe :** F

**Date de l'examen :** 05/11/2019

**Prélevé le :** 05/11/2019 à 21:32

**Édité le :** 07/11/2019 à 11:34

**Mme SABBAR KHADIJA**

**Dossier N° :** 19110987

**Service :** SALLE D'ACCOUCHEMENT



## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

**MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT**

: Non renseigné

**ASPECT MACROSCOPIQUE**

: Hématoire

**EXAMEN CYTOLOGIQUE**

Leucocytes

:  $300 \text{ } 10^{4}/\text{ml}$   $< 10^{4}/\text{ml}$

Hématies

:  $59200 \text{ } 10^{4}/\text{ml}$   $< 10^{3}/\text{mL}$

Cellules épithéliales

: Absence

Autres cellules

: Absence

Cylindres

: Absence

Cristaux

: Absence

Eléments fongiques

: Absence d'éléments fongiques

**CULTURE**

Culture sur CLED

: Positive

Nombre de germe isolé

: 1

Numération des germes

:  $> 10^5 \text{ UFC/ml}$

Identification germe 1

: Escherichia coli (BLSE+)

**COMMENTAIRE**

: Infection urinaire à E. coli BLSE

#### ANTIBIOTICGRAMME

Origine du prélèvement

: Urines

Espèce

: Escherichia coli (BLSE+)

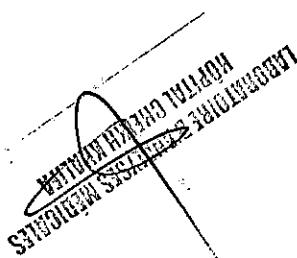
Antibiogramme

: voir fichier joint

Le 07/11/2019 à 11:34  
Signature

Pr. ELMDAGHRI Naima

Pr. N. ELMDAGHRI



**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taïeb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
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.

**LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE**  
**UNITE DE BACTERIOLOGIE**

Édité le 07/11/2019

X KHADIJA

Naisance : 01/01/1959  
 : H0119040605

Salle d'accouchement  
 Date d'entrée :

de Dossier:

**U19110987**

Date de prélèvement : 07/11/2019

Prélèvement: Examen cyto-bactériologique des urines

**ANTIBIOTIQUE**

Germe : ***Escherichia coli***

N° d'isolat: 1

Antibiotique	Résultat	CMI réelle/calculée	Dénomination
AMOXICILLINE	Résistant	>8	Agram, Amodex, Amoxine, Brista
CEFOXITINE	SENSIBLE	<4	Méfoxin
AMOXICILLINE + AC CLAVULANIQUE	Résistant	>8	Augmentin
CEFOTAXIME	Résistant	>16	Claforan
CEFTAZIDIME	Résistant	>32	Fortum
(MIPENEME)	SENSIBLE	<1	Tienam
ERTAPENEME	SENSIBLE	0,5	
GENTAMICINE	SENSIBLE	1	Gentalline
TOBRAMYCINE	SENSIBLE	<1	Nebcine
AMIKACINE	SENSIBLE	<8	Amiklin
NORFLOXACINE	SENSIBLE	<0,125	Noroxine 400
CIPROFLOXACINE	SENSIBLE		Ciflox
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	SENSIBLE	<0,25	Anrima, Bactekod, Bactrim, Eu

CEFEPIME

Résistant

TIGECYCLINE

SENSIBLE

Béta-lactamines : Béta-lactamase à spectre étendu.

Bactérie Multi-résistante:

La mise en place des précautions d'hygiène complémentaires doit être réalisée afin d'éviter la diffusin de la BMR.

LEADER DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE  
 SUR LA SANTE PUBLIQUE