

## 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 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 tous les 6 mois.

### 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

N° W21-600984

64313

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4976 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAFID Abdelhak

Date de naissance : 11-06-1964

Adresse : [redacted]

Tél. : 06 64 16 24 59 Total des frais engagés : 237 + 2516 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 Mars 2021

Nom et prénom du malade : RAYANE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Age : 16 ans ☒ Enfant

Nature de la maladie : [redacted]

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [redacted]

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 21-11-2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-600984

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4976

Nom de l'adhérent(e) : HAFID

Total des frais engagés : 237 + 2516 dhs

Date de dépôt : 21-11-2020


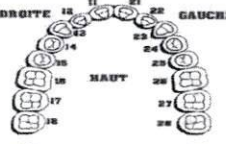


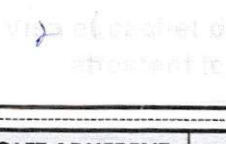
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou d. traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				
				

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G

VOLET ADHERENT		NOM : <u>HAFID</u>	Mle <u>4976</u>
DECLARATION N°		W18-383153	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>237+2516 dh</u>		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-383153

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>4976</u>
Nom & Prénom <u>HAFID Abd2112h</u>		
Fonction <u>Mec. avions</u>	Phones. <u>0664162459</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		
<u>Dr. Abdoune + Nc Bury</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE	Date <u>21/11/2020</u>	
Montant de la facture		
<u>INPE 092030949</u>		<u>237100</u>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



2000274708 / 170506160355RA

Prénom : Rayane

Nom : HAFID

DDN : 13/11/2004 E: 21/11/2020

Service : PEDIATRIE (NA)

PAYANT  
Sexe: M

**Dr. KETTANI Kawtar**  
Pédiatre  
Av. Abou Bakr El Kadiri, Rés. Aht. 4<sup>e</sup> nme  
N°13 Sidi Marmout - Casablanca  
Tél: 05 22 38 41 99

*[Signature]*  
CACHET



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000274708 / 170506160355RA

Prénom : Rayane

Nom : HAFID

DDN : 13/11/2004 E: 21/11/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT

Sexe: M

1) ~~Norma~~ Zekalab  
11 ans

2) Fortabo 73,50  
84,00 78 lir pour 78

3) Isrilap sup  
1 cas  
237,00  
Dr. KETTANI Kawtar  
Pédiatre  
Bv Abou Bakr El Kadiri, Rés Ahfad Imm.E  
N°13, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 05 22 58 41 99

Lot : 044

À utiliser de  
préférence avant le : 05/2025

PPC : 79,50 DH

maphar  
Z. Zerkat, An-Serail, Casablanca, Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73,50 DH  
6118001181193

LOT : T05330  
Exp : 02/2023

Dr. KETTANI Kawtar  
Pédiatre  
Bv Abou Bakr El Kadiri, Rés Ahfad Imm.E  
N°13, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 05 22 58 41 99

Lot:

200233

À consommer de  
préférence avant le:

04/2024

PPC: 84,00 Dh

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

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Le 27/11/2016

Cpte rendu

L'enfant Hafid Ragui, Âgé de 16 ans  
se présente aux urgences pour Douleur  
de la Face I laque Dite, dont  
l'ex - révé - pt de Nec Burye  
- TD N abdominal révé, sthercote  
avec bil infl - négatif.

**Dr. KETTANI Kawtar**  
Pédiatre

Bv Abou Bakr El Kadiri, Rés Ahfad Imm.E  
N°13, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 05 22 58 41 99





Coller Etiquette De RAF

2000274708 / 170506160355RA

Prénom : Rayane

Nom : HAFID

DDN : 13/11/2004 E: 21/11/2020

Service : PEDIATRIE (NA)



PAYANT  
Sexe: M

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : 16ans

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

DL de EF3D + Nas Burney ⊕

• RADIO STANDARD : .....

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : abdomin. g-l



Avec injection



Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM : .....



Pacemaker



Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

Dr. KETTANI Nawtar  
Pédiatre  
Bv Abou Bakr El Kadiri, Rés. Anfad Imm.E  
N°13, Sidi Madrouf - Casablanca  
Tél : 05 22 58 41 99



Casablanca , le 21/11/2020

PATIENT : HAFID Rayane  
MEDECIN TRAITANT : DR K. KETTANI  
EXAMEN(S) REALISE(S) : Scanner abdomino-pelvien

**TECHNIQUE :**

- Examen réalisé par un scanner 16 barrettes en acquisition spiralée, sans injection intraveineuse de produit de contraste avec reconstruction dans les trois plans de l'espace.

**RESULTATS :**

- Foie de taille normale, de contours réguliers et de densité homogène sans anomalie focale suspecte.
- Absence de dilatation des VBIH et de la VBP.
- Rate, surrénales et pancréas de taille et de densité normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers et densité homogène.
- Absence de dilatation des voies urinaires.
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Absence d'adénomégalie ou d'épanchement abdomino-pelvien.
- **A noter une distension gazeuse colique avec stase stercorale.**
- FID est libre.

**CONCLUSION :**

- **TDM abdomino-pelvienne sans anomalie suspecte.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

  
Fondation  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
ROYAUME DU MAROC



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

HAFID  
RAYANE

Casablanca le

21/11/2020

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 Hépto-pancréatique :

☐ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☐ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☐ Troponines

☐ BNP

Autres :

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

Signature et cachet du médecin

Des Urgences

Dr. KETTANI Kawtar  
Pédinaire  
Dr. Abou Bakr El Kadiri, Rés. Kaddour Imel  
N°13, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 58 41 99



Identifiant du patient : 170506160355RA

Date de naissance : 13/11/2004

Sexe : M

Date de l'examen : 21/11/2020

Prélevé le : 21/11/2020 à 00:49

Edité le : 21/11/2020 à 01:56

**HAFID RAYANE**

**Dossier N° : 20113549**

**Service : URGENCE**



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	<b>4.27</b>	10 <sup>12</sup> /l	4.28 - 6
Hémoglobine	:	<b>11.6</b>	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	<b>34.3</b>	%	39 - 53
VGM	:	80.3	fl	78 - 98
CCMH	:	33.8	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	27.2	pg	26 - 34

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	10.44	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4 - 11
P. Neutrophiles	:	41.9	%	4.37 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	3.4	%	0.35 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.8	%	0.08 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11
Lymphocytes	:	47.5	%	<b>4.96</b> 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8
Monocytes	:	6.4	%	0.67 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.18 - 1.00

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	265	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 400
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE	:	1.49	mg/l	< 5
---------------------	---	------	------	-----

(Sang, spectrophotométrie d'absorption,  
immunoturbidimétrie latex, Roche)

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayed  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
Laboratoire National de Référence

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

Le 21/11/2020 à 01:56

Signature

Mr. KADRIF Mohammed

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb 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.



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 114735 / 2020 du 21/11/2020

Nom patient	HAFID RAYANE	Entrée	21/11/2020
	PAYANTS	Sortie	21/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00	300,00
- SCANNER ABDOMINO-PELVIEN	1,00		2 000,00	2 000,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0180	216,00	216,00
			Sous-Total	2 516,00
Total Clinique				2 516,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	2 516,00
DEUX MILLE CINQ CENT SEIZE DIRHAMS		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fckm.lck.ma  
 N°INP 090061862