

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothétique :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

65613

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020983

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10347

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUARZI Mustapha

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : WIRAK 3 RUE 73 N° 3 OULFA, Hay Hassoun

Tél. 06 37 59 98

Total des frais engagés : 1534,84 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2021

Nom et prénom du malade : Mustapha Orafig

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur Thoracique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans les 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 : 01/04/2021

Le : 01/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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
07/03/2023	2489762		1584,84	 Dr. Naeem Cheikh Khalifa Ibn Zaid Urgentiste

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 29/03/2018	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance



Casablanca, le :

2100314045 / H0121005981

Prénom : Mustapha

Nom : OUAZIZ

DDN : 01/01/1948 E: 05/03/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

Faiss  
ECG



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 24 899 / 2021 du 05/03/2021

Nom patient : **OUAZIZ MUSTAPHA**

Entrée 05/03/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/03/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation exclusive d'urgence en salle de déchocage	1,00		450,00	450,00
ECG	1,00		100,00	100,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0790	948,00	948,00
			Sous-Total	1 498,00
<b>PHARMACIE</b>				
	1,00		36,84	36,84
			Sous-Total	36,84
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 534,84</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENT TRENTE-QUATRE DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUATRE CENTIMES

**Total 1 534,84**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>1 534,84</b>				<b>1 534,84</b>	<b>0,00</b>

  
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54  
 e-mail: [ouazizmustapha@hmk.tn](mailto:ouazizmustapha@hmk.tn)

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

05/03/2021  
18:56

Nom Patient :	<b>OUAZIZ MUSTAPHA</b>		Numéro dossier :	<b>2100314045</b>	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
04/03/2021	ANDOL 1g Injecta (01)	1028880	1,00	18,80	18,80
04/03/2021	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	1028880	1,00	6,54	6,54
04/03/2021	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	1028880	1,00	1,39	1,39
04/03/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1028880	1,00	5,69	5,69
04/03/2021	SERINGUE 10ML	1028880	1,00	0,84	0,84
04/03/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1028880	1,00	0,55	0,55
04/03/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1028880	1,00	1,21	1,21
04/03/2021	INTRANULE G 20	1028880	1,00	1,82	1,82
<b>Total pharmacie</b>				<b>36,84</b>	

Hôpital Cheikh  
 Khalifa Ibn Zaid  
 Tél.: 05 29 00 44 77  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : [ouaziz@ckm.hci.ma](mailto:ouaziz@ckm.hci.ma)  
 N°BP 090061862

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le .....

05/02/2021

## COMPTE RENDU

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU  
Urgentiste

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné  
Mr/Mme ..... Le : / / 2021

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de ..... Douloures thoraciques

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitements symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio .....
- Echographie .....
- Scanner .....
- IRM .....
- Autres : BCG .....

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU  
Urgentiste

Collier Etiquette Du RAE  
  
 No: 2100314045 / H0121005981  
 Prénom: Mustapha  
 Nom: OUAZIZ  
 DDN: 01/01/1948 E: 05/03/2021  
 Service: URGENCES (NA)

  
 PAYANT  
 Sexe: M

# BILAN BIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

● Héma/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 :

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

Signature et cache du médecin  
 Des urgences Dr. Zaid  
 Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOU  
 Urgentiste

**Identifiant du patient :** H0121005981

**Date de naissance :** 01/01/1948

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 05/03/2021

**Prélevé le :** 05/03/2021 à 18:25

**Édité le :** 05/03/2021 à 19:02

**OUAZIZ MUSTAPHA**

**Dossier N° :** 21031252

**Service :** URGENCE



## HEMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.43	$10^{12}/l$	4.08 - 5.6
Hémoglobine	:	15.5	g/dl	12.9 - 16.7
Hématocrite	:	46.0	%	38 - 49
VGM	:	84.7	fl	83 - 97
CCMH	:	33.7	g/dl	32.3 - 36.1
TCMH	:	28.5	pg	27.8 - 33.9

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	8.86	$10^3/mm^3$	3.8 - 10.0
P. Neutrophiles	:	82.8	%	<b>7.34</b> $10^3/mm^3$ 1.6 - 5.9
P. Eosinophiles	:	0.1	%	<b>0.01</b> $10^3/mm^3$ 0.03 - 0.50
P. Basophiles	:	0.3	%	0.03 $10^3/mm^3$ < 0.09
Lymphocytes	:	12.4	%	1.10 $10^3/mm^3$ 1.07 - 4.10
Monocytes	:	4.4	%	0.39 $10^3/mm^3$ 0.23 - 0.71

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	142	$10^3/mm^3$	140 - 385
------------	---	-----	-------------	-----------

## HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

### D DIMERES COMPLET

Recherche	:		
Titre	:	En Cours	$\mu gFFU/ml$

(Immunoturbidimétrie, Stago)

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

Le 05/03/2021 à 19:02

Signature

OUSSAIH Imane

**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.

**Identifiant du patient :** H0121005981

**Date de naissance :** 01/01/1948

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 05/03/2021

**Prélevé le :** 05/03/2021 à 18:25

**Édité le :** 05/03/2021 à 19:02

**OUAZIZ MUSTAPHA**
**Dossier N° :** 21031252

**Service :** URGENCE


## BIOCHIMIE SANGUINE

### PROTÉINE C RÉACTIVE

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

: En Cours mg/l

&lt; 5

### IONOGRAMME

#### CRÉATININE SANGUINE

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

: En Cours mg/L

6.7 - 11.7

#### SODIUM (Na<sup>+</sup>)

(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

: En Cours mmol/l

136 - 145

#### POTASSIUM (K<sup>+</sup>)

(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

: En Cours mmol/l

3.4 - 4.5

#### CHLORURES (Cl<sup>-</sup>)

(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

: En Cours mmol/l

98 - 107

#### RÉSERVE ALCALINE

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

: En Cours mmol/L

22 - 29

#### PROTEINES TOTALES

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret, Roche)

: En Cours g/L

64 - 83

 LNR  
 Laboratoire National de Référence  
 Tel: 05 29 03 53 71  
 Fax: 05 29 00 44 71  
 e-mail: contact@lnr000152

#### CALCIUM

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

: En Cours mg/L

88 - 102

#### URÉE

(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

: En Cours g/L

0.17 - 0.49

#### TROPONINE T ultrasensible

(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

: En Cours ng/mL

&lt; 0.14

< 0.14 : très faible probabilité d'un syndrome coronarien  
 0.14 à 0.50 : suspicion d'un syndrome coronarien aigu  
 > 0.50 : très forte probabilité d'un syndrome coronarien aigu  
 En cas de discordance avec la clinique, répéter le dosage.

#### Ne pas diffuser au patient

#### Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 05/03/2021 à 19:02

Signature

OUSSAIH Imane

#### 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.

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
05/03/2021	2100314045	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
05/03/2021	2100314045	LIMS	D Dimères complet	1	1,20	240,00
05/03/2021	2100314045	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
05/03/2021	2100314045	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
05/03/2021	2100314045	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
05/03/2021	2100314045	LIMS	Troponine T hs	1	1,20	300,00
05/03/2021	2100314045	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					<b>Total</b>	<b>948,00</b>

Tel: 05 29 03 53 43  
 Fax: 05 29 00 44 71  
 mail: contact@lckh.i.d  
 09 00 61862



2100314045 / H0121005981

Prénom : Mustapha

Nom : OUAZIZ

DDN : 01/01/1948 E: 05/03/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: M

05/03/2021 16:21:31

FC: 62 bpm

PR: 134 ms

QRS: 108 ms

QT/QTcH: 398/402 ms

QTcB: 405 ms

QTcF: 402 ms

R<sub>V5-6</sub>/S<sub>V1</sub> : 1.79/0.82 mV

Sok-Lyon : 2.61 mV

Axe: 36/14/59 °

\*\*\* CONSIDERER STEMI AIGU \*\*\*

RHYTME SINUSAL

\*\*\* INTERPRETATION EFFECTUEE SANS CONNAITRE LE

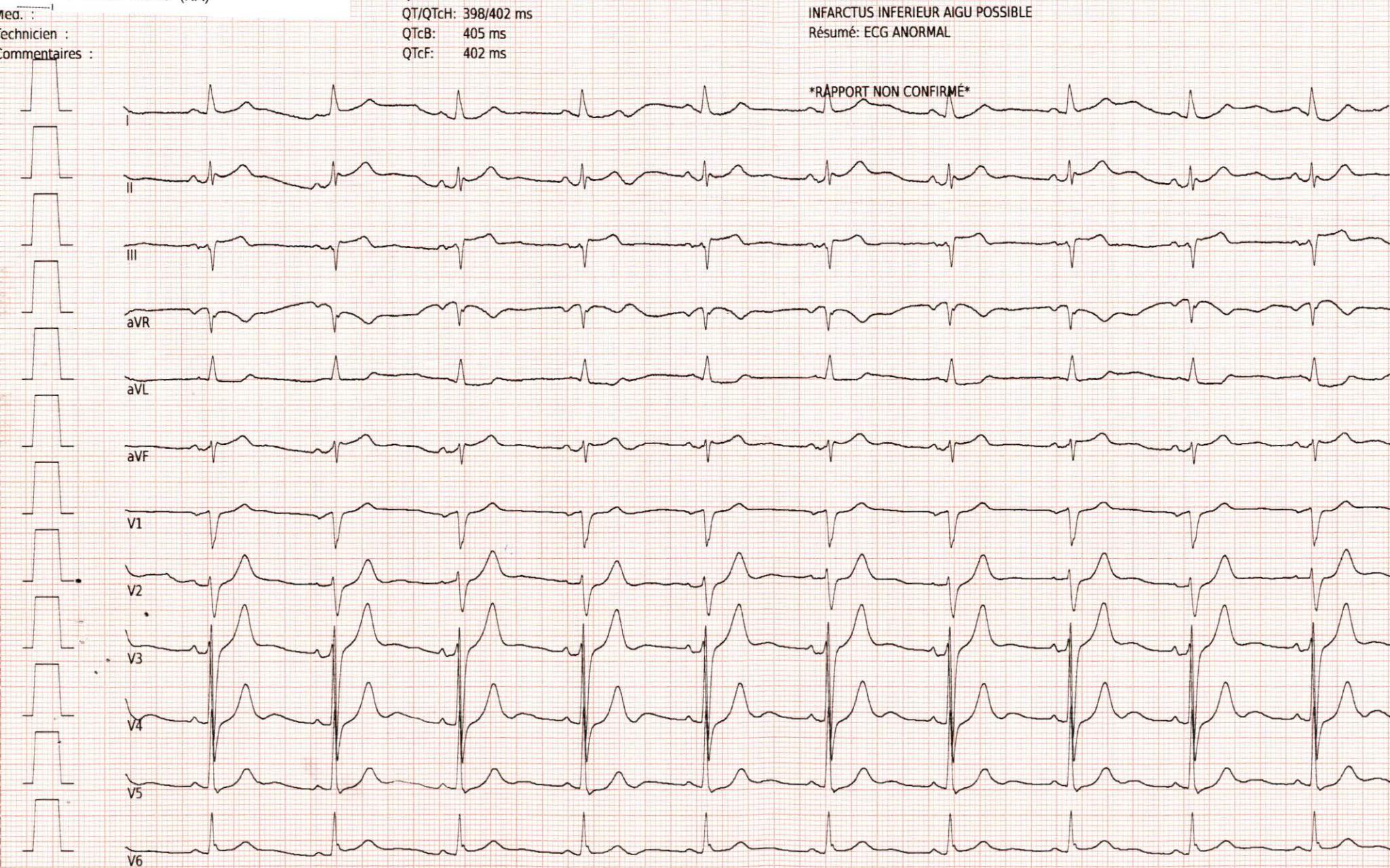
SEXE/ L'AGE DU PATIENT \*\*\*

Élévation ST inférieure + antérieure

INFARCTUS INFÉRIEUR AIGU POSSIBLE

Résumé: ECG ANORMAL

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

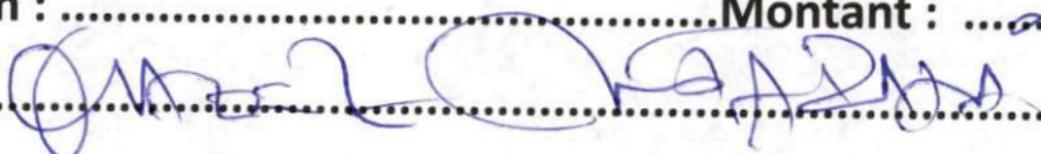
Date : 08/02/2023

Quittance - Paiement espèces

0539512

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 286,84 .....

Patient : ..... 

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Tel. : 03 22 60 53 71  
Fax : 03 22 60 53 72  
E-mail : [comptes@hukh.fr](mailto:comptes@hukh.fr)  
NIP : 090061852