

# 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.

## Prothèse :

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fâkir 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.r.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0031095

ND: 97613

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580 Société : RAR

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HARAR Boucharb

Date de naissance : 1941

Adresse : Le B. de la rue 143 CRSA

Tél. 0628860529 Total des frais engagés : 17094,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 10 / 2021

Nom et prénom du malade : HARAR Fatima Age: 80

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

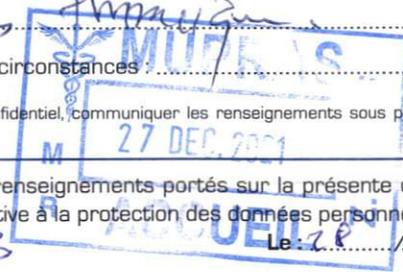
Nature de la maladie : Douleur Arthrose

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 : BOU Signature de l'adhérent(e) : BOU Le 28 / 10 / 2021



### RELEVÉ 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
28.10	Unifactoriel		1586,38	
2021	ne			
129.290/2021				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/10/2021	122,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

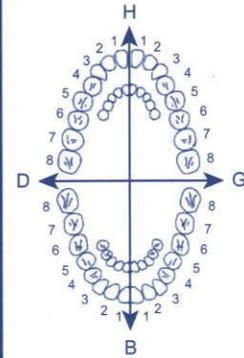
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

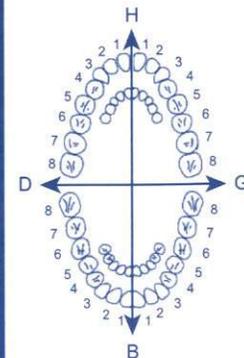
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

28/10/2021



2100415223 / H0121030427

Prénom : FATIMA

Nom : LAHRAR

DDN : 01/01/1948 E: 28/10/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

OT: 21E014  
ER: 04/2024

PROFENID 100 MG  
30 CP PEL

P.P.V : 700H90



1130000660002

70,90  
1) Profenid 100 mg

22,00  
2) Cedex 2

30,00  
3) Cedex 2 mg

Agil 1/2 de mati



LOT | 210385  
EXP | 12/2023  
PPV | 30.00DH

T=122,90

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**F A C T U R E**

N° 129 290 / 2021 du 28/10/21

Nom patient : LAHRAR FATIMA

Entrée 28/10/21

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 28/10/21

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Radiographie du thorax sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchochage	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0870	1 044,00	1 044,00
			Sous-Total	1 524,00
PHARMACIE	1,00		62,38	62,38
			Sous-Total	62,38
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 586,38</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS TRENTE-HUIT CENTIMES	<b>Total 1 586,38</b>

Encaissements	Espèces	Chèque	Total encaissé	Solde
	242,38	1 344,00	1 586,38	0,00

Ref Chq : 958400-ATWB/

  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 03 42 77  
 E-mail : compt@hcm.hck.ma  
 1157 090 1862  
 CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 28.10.2021

Quittance - Paiement espèces 0616815

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 180,00 .....

Patient : ..... LAHRAR FATIMA .....

Cachet

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS      FORMATION      RECHERCHE

Date : 28/10/2021

Quittance - Paiement espèces      0616821

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 62,38 .....

Patient : ..... LAHRAR FATIMA .....

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 04 77  
E-mail : contact@hckm-hck.ma  
N° INP 090061862

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

01/11/2021  
14:38

Nom Patient : <b>LAHRAR FATIMA</b>	Numéro dossier : <b>2100415223</b>
------------------------------------	------------------------------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
28/10/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1164435	1,00	0,17	0,17
28/10/2021	INTRANULE G 18	1164435	1,00	1,82	1,82
28/10/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1164435	1,00	1,21	1,21
28/10/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1164435	1,00	4,99	4,99
28/10/2021	SERINGUE 10ML	1164435	2,00	0,65	1,30
28/10/2021	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	1164435	1,00	12,73	12,73
28/10/2021	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1164435	1,00	29,90	29,90
28/10/2021	NICARDIPINE A 10mg/10ml Injecta (10)(1)	1164435	1,00	9,61	9,61
28/10/2021	SERINGUE 10ML	1164505	1,00	0,65	0,65
<b>Total pharmacie</b>					<b>62,38</b>

Email: [labpharm@icim.lc](mailto:labpharm@icim.lc)  
 Fax: 00 59 33 00 44 77  
 Tel: 00 59 33 00 44 77  
 00 59 33 00 44 77  
 00 59 33 00 44 77

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
28/10/21	2100415223	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
28/10/21	2100415223	LIMS	D Dimeres complet	1	1,20	240,00
28/10/21	2100415223	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
28/10/21	2100415223	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
28/10/21	2100415223	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
28/10/21	2100415223	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
28/10/21	2100415223	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
28/10/21	2100415223	LIMS	Troponine T hs	1	1,20	300,00
28/10/21	2100415223	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					<b>Total</b>	<b>1 044,00</b>

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 N° 1495477  
 2100415223  
 Tel : 05 2 700 44 77  
 Fax : 05 2 700 33 95  
 Email : info@hkhz.gov.qa  
 www.hkhz.gov.qa

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2110281336495870 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100415223	LAHRAR FATIMA	28/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	958400-ATWB HRAR BOUCHAIB	1 344,00
PAYANT	<b>Total payé</b>	<b>1 344,00</b>
<b>MILLE TROIS CENT QUARAN</b>		

Reçu établi par : ABD.AZH

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
mail : contact@fckm.tun.  
INP 05006

Identifiant du patient : H0121030427

Date de naissance : 01/01/1948

Sexe : F

Date de l'examen : 28/10/2021

Prélevé le : 28/10/2021 à 13:41

Edité le : 28/10/2021 à 16:32

Mme LAHRAR FATIMA

Dossier N° : 21105422

Service : URGENCE



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.42	10 <sup>12</sup> /l	3.84 - 5.12
Hémoglobine	:	13.3	g/dl	11.8 - 15.0
Hématocrite	:	40.6	%	35 - 45
VGM	:	91.9	fl	83 - 97
CCMH	:	32.8	g/dl	31.9 - 35.9
TCMH	:	30.1	pg	27.5 - 33.2

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.07	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 9.1
P. Neutrophiles	:	61.1	%	4.32 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.9 - 5.7
P. Eosinophiles	:	1.4	%	0.10 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.04 - 0.52
P. Basophiles	:	0.6	%	0.04 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.09
Lymphocytes	:	28.6	%	2.02 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.07 - 3.90
Monocytes	:	8.3	%	<b>0.59</b> 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.17 - 0.56

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	305	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	177 - 379
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

### HEMOSTASE

Le 28/10/2021 à 16:32  
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

*Dr. F. OUSTI*  
Médecin Biologiste

Dr. Moumna Ilham

Dr. Ilham MOUMNA  
Médecin Biologiste  
Laboratoire National de Référence

*Ilham*

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK  
Pharmacien Biologiste  
Laboratoire National de Référence

*Nadia*

Laboratoire National de Référence



Coller Etiquette De BAF



2100415223 / H0121030427

Prénom : FAÏMA

Nom : LAHRAR

DDN : 01/01/1988 E: 28/10/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

**BILAN  
RADIOLOGIQUE**

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

*Dr. Ben Hraïges*

• RADIO STANDARD : *thorax* .....



FACE

PROFIL

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm-hck.ma  
N° IND 090051862

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. AOU Samir  
Artiste



Identifiant du patient : H0121030427  
Date de naissance : 01/01/1948  
Sexe : F  
Date de l'examen : 28/10/2021  
Prélevé le : 28/10/2021 à 13:41  
Edité le : 28/10/2021 à 16:32

Mme LAHRAR FATIMA

Dossier N° : 21105422

Service : URGENCE



## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : **7.87** mg/l < 5  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, immunoturbidimétrie latex, Roche)

Domaine de référence consensuel pour les adultes : < 5 mg/L (IFCC/CRM 470)  
Domaines de référence 5-95 % chez les nouveau-nés et les enfants :  
Nouveau-nés (0 à 3 sem.) : 0,1-4,1 mg/L  
Enfants (2 mois à 15 ans) : 0,1-2,8 mg/L

L'important est le contrôle de l'évolution de la concentration en CRP au cours du processus pathologique aigu.

## IONOGRAMME

CRÉATININE SANGUINE : **4.7** mg/L 5.1 - 9.5  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

SODIUM (Na<sup>+</sup>) : **138** mmol/l 136 - 145  
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

POTASSIUM (K<sup>+</sup>) : **4.22** mmol/l 3.4 - 4.5  
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

CHLORURES (Cl<sup>-</sup>) : **103** mmol/l 98 - 107  
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

RÉSERVE ALCALINE : **26.2** mmol/L 22 - 29  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

PROTEINES TOTALES : **70** g/L 64 - 83  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret, Roche)

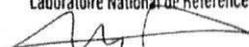
CALCIUM : **92** mg/L 88 - 102  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

Le 28/10/2021 à 16:32  
Signature

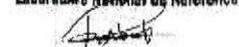
Dr. OUSTI Fadwa

  
Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

Dr. Moumna Ilham

Dr. Ilham MOUMNA  
Médecin Biologiste  
Laboratoire National de Référence  


Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK  
Pharmacien Biologiste  
Laboratoire National de Référence  


Tel : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
e-mail : contact@lcnr.ma  
@lcnr.ma

### 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.

Casablanca, le 28/10/21

# COMPTE RENDU



Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme FATIMA LAHRAJ Le : 28/10/21

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleur thoracique

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

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

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Casablanca , le 28/10/2021

PATIENT : LAHRAR FATIMA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Poumon F**

## RX Poumon F

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardiaque discrètement élargie

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**









Coller Etiquette De BAF

LAHARAR FATIMA  
Nom et prénom : .....

Casablanca le : 28/10/21

# 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 caché du médecin  
Des urgences