

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-685440

129973

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR
 Date de naissance : 15/04/67
 Adresse : N°19 ANN L RESIDENCE NADIA CASA
 Tél. : 0661265209 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 09/05/2022
 Nom et prénom du malade : HOUSSA REHIOU Age: 42 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASA Le : 09/05/22

Signature de l'adhérent(e) :

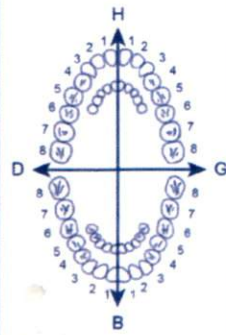
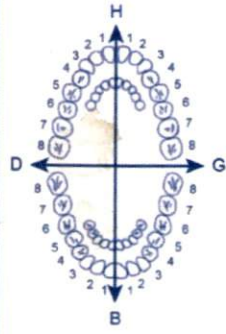
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09/10/2022			6	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09/10/22	15/10/22	1236,00	1236,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

09/05/2021

Belhouc Naciri

cortisone } 1 Mois
de 8h

TSM: T&P

NFL 99 / Fémur

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

05/07/2025

Mme Houma Rehoui

Age = 4 ans

ATCD = CAC au lens
avant

gène cervicale

creche cervicale



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 55 109 / 2022 du 09/05/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 09/05/2022


Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1030	1 236,00	1 236,00
			Sous-Total	1 236,00
Total Frais Clinique				1 236,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DEUX CENT TRENTE-SIX DIRHAMS	Total 1 236,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 236,00	1 236,00	0,00


 Laboratoire National de Référence
 Tél : 05.29.05.02.23
 E-mail : labn@ckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 57 115 / 2022 du 12/05/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 12/05/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE CERVICALE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENTS DIRHAMS	Total 500,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			500,00		500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0522 61 14 66
E-mail : www.hck-hkm.ma

Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 09/05/2022

Prélevé le : 09/05/2022 à 07:23

Edité le : 09/05/2022 à 10:55

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22051298

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.48	10 ¹² /l	3.8 - 5.9	4.65 10 ¹² /l (07/03/2022)
Hémoglobine	:	11.8	g/dl	11.5 - 17.5	12.7 g/dl (07/03/2022)
Hématocrite	:	37.0	%	34 - 53	39.0 % (07/03/2022)
VGM	:	82.6	fl	76 - 96	83.9 fl (07/03/2022)
CCMH	:	31.9	g/dl	31 - 36	32.6 g/dl (07/03/2022)
TCMH	:	26.3	pg	24.4 - 34.0	27.3 pg (07/03/2022)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	6.44	10 ³ /mm ³	3.8 - 11.0	8.02 10 ³ /mm ³ (07/03/2022)
P. Neutrophiles	:	41.2	%	2.65 10 ³ /mm ³ 1.4 - 7.7	47.4 % (07/03/2022)
P. Eosinophiles	:	3.9	%	0.25 10 ³ /mm ³ 0.02 - 0.58	2.6 % (07/03/2022)
P. Basophiles	:	1.2	%	0.08 10 ³ /mm ³ < 0.11	1.0 % (07/03/2022)
Lymphocytes	:	46.1	%	2.97 10 ³ /mm ³ 1.0 - 4.8	41.0 % (07/03/2022)
Monocytes	:	7.6	%	0.49 10 ³ /mm ³ 0.15 - 1.00	8.0 % (07/03/2022)

PLAQUETTES

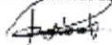
Plaquettes	:	250	10 ³ /mm ³	150 - 445	225 10 ³ /mm ³ (07/03/2022)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 09/05/2022 à 10:55

Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste
Laboratoire National de Référence



Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
E-mail : lnr@fckm.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.

Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 09/05/2022

Prélevé le : 09/05/2022 à 07:23

Edité le : 09/05/2022 à 10:55

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22051298

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

FERRITINE SERIQUE : 9 ng/mL 13 - 150
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

CORTISOL PLASMATIQUE 8 H : 11.40 µg/dL 4.82 - 19.50 1.65 µg/dL
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche) (12/04/2022)

BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s. : 1.870 µUI/mL 0.27 - 4.20
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

THYROXINE LIBRE (T4L) : 7.96 ng/L 9.3 - 17.1
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

Le 09/05/2022 à 10:55

Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste
Laboratoire National de Référence

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
E-mail : lnr@fckm.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.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 220512084833SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200500509	REHIOUI HOURIA	12/05/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5766	500,00
	Total payé	500,00

Reçu établi par :SOUKHA

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 2529 03 14 66
E-mail : info@hkhz.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2205090806392320 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200498426	REHIOUI HOURIA	09/05/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8975	1 236,00
PAYANT	Total payé	1 236,00
MILLE DEUX CENT TRENTE-		

Reçu établi par : SALJAR

Laboratoire National de Référence
Tél: 05 26 05 02 33
E-mail: labo@fckm-hck.ma

CASABLANCA, le 12/05/2022

PATIENT : REHIOUI Houria

ECHOGRAPHIE CERVICALE

INDICATION : 42ans, hypo-thyroidie biologique.

TECHNIQUE : Examen réalisé à l'étage cervical à l'aide d'une sonde de 8 Mhz.

RESULTATS :

- Glande thyroïde de taille normale (le lobe droit mesure 13x18.9x49 mm soit un volume de 6ml, le lobe gauche mesure 47x13.6x12mm soit un volume de 3.7ml et l'isthme mesure 2,6 mm), de contours réguliers et d'échostructure hypoéchogène finement hétérogène, sans nodule circonscrit ni formation kystique.
- Axes vasculaires libres.
- Absence d'adénopathie cervicale.

CONCLUSION :

- **Aspect échographique en faveur d'une thyroïdite. Aspect à confronter aux données clinico-biologiques.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr J. HABI**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. HABI Jihane
Médecin résident
Radiologie
090661882


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
ROYAUME DU MAROC



مركز الدفعيات

09/05/22

08:04:39

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHALIFA G5

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

EL YOUSFI HOURIA

xxxxxxxxxxxxx8920

10/23 CARTE NATIONALE

4432265C40E5FA9E

201-0-9999-1-44

MONTANT: 1236,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 885833

STAN : 008975

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



مركز النقدیات

12/05/22 08:46:36

9300397770

93977701

HDP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A0000000031010

APIP : VISA

EL YOUSFI HOURIA

xxxxxxxxxxxxx8920

10/23 CARTE NATIONALE

D50E89BC6D9549EF

201-0-9999-1-44

MONTANT: 500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 794563

STAN : 005766

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT