

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-682966

219976

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR

Date de naissance : 15/04/67

Adresse : N19 ANN RESIDENCE NADIA CASA

Tél. : 0601205209

Total des frais engagés : 2431,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL YOUSFI SAMIR

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DYSPEPSIE

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 : 21/04/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

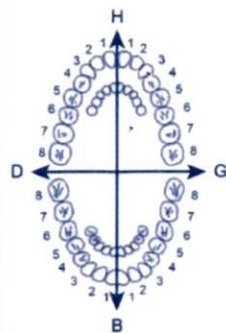
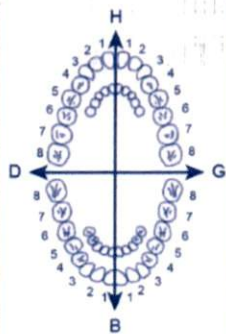
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
28/04/22			300,00	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NOUR KADAJ Soumia	28/04/22	367,50
	01/05/22	25,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/04/22	13 1970	1766,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]										
				MONTANTS DES SOINS [ ]										
				DEBUT D'EXECUTION [ ]										
				FIN D'EXECUTION [ ]										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]										
				DATE DU DEVIS [ ]										
				DATE DE L'EXECUTION [ ]										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

28/04/2022

Quasam El Quasfi

- NFS

- Glycémie

- Ferritinémie

- Vit B12

B9

- Fer sérique

- TSH us

Laboratoire National de Neurologie  
Tél : 05 29 05 02 33  
E-mail : labn@fckm.ma

Professeur Assistant AGARRBI EL KHILIFI ZARRA  
Dermatologue  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
16122467



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
بحث تكوين علاج



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant AGHARBI FATIMA ZAHRA  
Dermatologie

# Ordonnance

Casablanca, le :

28/04/22

Maphar  
Bd Alkimia N°6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH



53,00

- DAKTARIN gel

1 - 2 x 415 x 2 wks

ELUDRIL

1 gag x 615

EFFACLAR gel

2 x 1/2 (2 semaines)



148,40 x 2  
DIFLUCAN

1 x 1/2 2 semaines

T = 367,50



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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 52 006 / 2022 du 28/04/2022

Nom patient : EL YOUSFI OUSSAMA

Entrée 28/04/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 28/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 03 53 45  
 E-mail : contact@hkhz.gov.qa  
 N° INP 090061862

Identifiant du patient : H0122011545

Date de naissance : 11/11/2002

Sexe : M

Date de l'examen : 28/04/2022

Prélevé le : 28/04/2022 à 13:23

Edité le : 29/04/2022 à 09:22

EL YOUSFI OUSSAMA

Dossier N° : 22045462

Docteur AGHARBI FATIMA ZAHRA

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	:	5.38	10 <sup>12</sup> /l	4.28 - 6
Hémoglobine	:	16.0	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	49.0	%	39 - 53
VGM	:	91.1	fl	78 - 98
CCMH	:	32.7	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	29.7	pg	26 - 34

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.25	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4 - 11
P. Neutrophiles	:	67.5	%	4.89 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.6	%	0.04 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.3	%	0.02 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11
Lymphocytes	:	25.9	%	1.88 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8
Monocytes	:	5.7	%	0.41 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.18 - 1.00

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	225	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 400
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

Le 29/04/2022 à 09:22

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 : labo@fckm-hck.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 : H0122011545

Date de naissance : 11/11/2002

Sexe : M

Date de l'examen : 28/04/2022

Prélevé le : 28/04/2022 à 13:23

Edité le : 29/04/2022 à 09:22

EL YOUSFI OUSSAMA

Dossier N° : 22045462

Docteur AGHARBI FATIMA ZAHRA

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## BIOCHIMIE SANGUINE

SIDEREMIE (FER SÉRIQUE) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, colorimétrie, Roche)	:	90 $\mu\text{g/dL}$	33 - 193
FERRITINE SERIQUE (Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)	:	42 $\text{ng/mL}$	30 - 400
GLYCÉMIE A JEUN (Sang, spectrophotométrie d'absorption, hexokinase, Roche)	:	0.79 $\text{g/L}$	

Consensus :

0.6 à 1 g/l	: glycémie normale
1 g/l à 1.26 g/l	: intolérance aux hydrates de carbone
>1.26 g/l	: Diabète (observé sur 2 prélèvements distincts)

## DOSAGE DES VITAMINES

Échantillon primaire: Sérum

ACIDE FOLIQUE (VIT B9) (Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)	:	5.77 $\text{ng/mL}$	4.6 - 34.8
VITAMINE B 12 (Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)	:	229 $\text{pg/mL}$	197 - 771

## HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

### BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s. (Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)	:	1.580 $\mu\text{UI/mL}$	0.27 - 4.20
---	---	-------------------------	-------------

Le 29/04/2022 à 09:22

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 : labo@fckm.ma

Laboratoire National de Référence

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 2204281253342320. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200495405	EL YOUSFI OUSSAMA	28/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8871	1 764,00
PAYANT	Total payé	1 764,00
MILLE SEPT CENT SOIXANT		

Reçu établi par : SAL.JAR

Ministère National de Référence  
Tél : 05 20 69 02 23  
Email: min@fck.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 52 027 / 2022 du 28/04/2022

Nom patient : **EL YOUSFI OUSSAMA**

Entrée 28/04/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1470	1 764,00	1 764,00
			Sous-Total	1 764,00
Total Frais Clinique				1 764,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SEPT CENT SOIXANTE-QUATRE DIRHAMS

Total 1 764,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 764,00	1 764,00	0,00

Signature  
05.29.05.02.33  
fahim.hake@fahim-hake.ma



مركز النقديات

28/04/22

12:51:48

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHALIFA G5

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

EL YOUSFI HOURIA

xxxxxxxxxxxxx8920

10/23 CARTE NATIONALE

F1C23361465D8F20

201-0-9999-1-44

MONTANT: 1764,00 MAD

NUM TRANSACTION : 010

NUM AUTORISATION: 784759

STAN : 008871

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT