

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019292

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZIZ BOU
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

à la feuille c



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

Nº W21-718144

☒ Maladie☐ Dentaire

Optique

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

☐ Lys-mémé

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 piconfidentiel 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 :

Le : / /


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/06/2022 | Vasectomie | 1 | 1248,39 | INP : 101 106 087 |
| | act 73220 | | 04 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  MOUSSAOUI PHARMA : 05 22 59 09 97 106 66 74 74 62 | 13/06/22 | 346.60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca le :

13.06.2022



2200516646 / 171109161029SA

Prénom : Leila

Nom : MASBAHI

DDN : 02/02/1969 E: 13/06/2022

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

pharmacie
leplaza
MOULNAKHLA PHARMA
Tél : 05 22 58 08 97 / 06 66 74 74 62

2x 79.70

- ① Azix 500 mg
1 comp le 19 jours
puis 1/2 comp / j p 05 jours
- ② Zymarkei 45 mg
1 comp / j p 07 jours
- ③ Vit C 1000
1 comp x 2 / 07 jours
- ④ Vit D. 100.000
1 comp seule en 1ère prise
- ⑤ ESac 40 mg
1 comp / j p 1 semaine

69.80



Hôpital Universitaire International
Dr. NOUSSAÏR
CHEF DE SERVICE U.I.

T=346.60

PPV: 24.060 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

14

29,20
PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L107



LOT: 24.060
PER 01/25
PPV 79DH70



69,80

29,20
PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L107



Vita C1000®

PPV 26DH90

EXP 04/2025
LOT 23040 10

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024
LOT 18066 66

20 comprimés effervescents

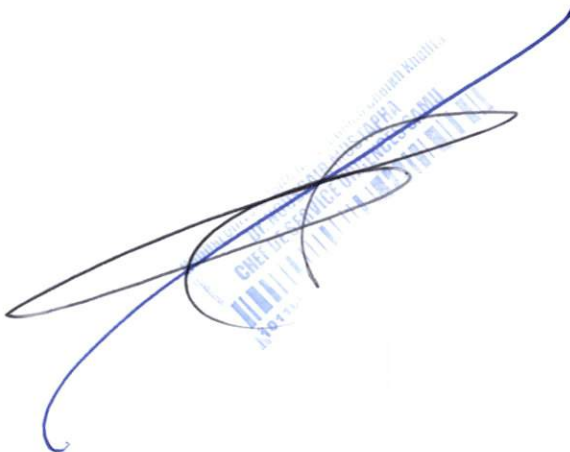


وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 13/06/2022

MASBAHI Leila

ECG



Identifiant du patient : 171109161029SA
Date de naissance : 02/02/1969
Sexe : F
Date de l'examen : 13/06/2022
Prélevé le : 13/06/2022 à 19:47
Edité le : 14/06/2022 à 09:07

Mme MASBAHI LEILA

Dossier N° : 22063132

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

| | | | | | |
|---------------------------|---|------|----------------------------------|--|-------------|
| Hématies | : | 4.15 | 10 ¹² /l | | 3.8 - 5.9 |
| Hémoglobine | : | 12.1 | g/dl | | 11.5 - 17.5 |
| Hématocrite | : | 35.1 | % | | 34 - 53 |
| VGM | : | 84.6 | fl | | 76 - 96 |
| CCMH | : | 34.5 | g/dl | | 31 - 36 |
| TCMH | : | 29.2 | pg | | 24.4 - 34.0 |
| Erythroblastes circulants | : | 0.2 | % | | |
| Erythroblastes circulants | : | 0.01 | 10 ³ /mm ³ | | |

LIGNÉE BLANCHE

| | | | | | |
|-----------------|---|------|----------------------------------|------|--|
| Leucocytes | : | 6.07 | 10 ³ /mm ³ | | 3.8 - 11.0 |
| P. Neutrophiles | : | 72.7 | % | 4.41 | 10 ³ /mm ³ 1.4 - 7.7 |
| P. Eosinophiles | : | 0.0 | % | 0.00 | 10 ³ /mm ³ 0.02 - 0.58 |
| P. Basophiles | : | 0.2 | % | 0.01 | 10 ³ /mm ³ < 0.11 |
| Lymphocytes | : | 11.9 | % | 0.72 | 10 ³ /mm ³ 1.0 - 4.8 |
| Monocytes | : | 15.2 | % | 0.92 | 10 ³ /mm ³ 0.15 - 1.00 |

PLAQUETTES

| | | | | | |
|------------|---|-----|----------------------------------|--|-----------|
| Plaquettes | : | 159 | 10 ³ /mm ³ | | 150 - 445 |
|------------|---|-----|----------------------------------|--|-----------|

HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

D DIMERES COMPLET

Recherche : NEGATIVE

Le 14/06/2022 à 09:07

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr ANASS YAHYAOUI
Médecin Biologiste

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 : 171109161029SA

Date de naissance : 02/02/1969

Sexe : F

Date de l'examen : 13/06/2022

Prélevé le : 13/06/2022 à 19:47

Edité le : 14/06/2022 à 09:07

Mme MASBAHI LEILA

Dossier N° : 22063132

Service : URGENCE



| | | | | |
|-----------------------------------|---|------|----------|-------|
| Titre | : | 0.30 | µgFEU/ml | < 0.5 |
| (Sang, Immunturbidimétrie, Roche) | | 300 | ng/ml | < 500 |

Le 14/06/2022 à 09:07

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

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 : 171109161029SA

Date de naissance : 02/02/1969

Sexe : F

Date de l'examen : 13/06/2022

Prélevé le : 13/06/2022 à 19:47

Edité le : 14/06/2022 à 09:07

Mme MASBAHI LEILA

Dossier N° : 22063132

Service : URGENCE



BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 29.85 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

SODIUM (Na⁺) : 141 mmol/l 136 - 145
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

POTASSIUM (K⁺) : 3.50 mmol/l 3.4 - 4.5
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

CHLORURES (Cl⁻) : 103 mmol/l 98 - 107
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

RÉSERVE ALCALINE : 27.0 mmol/L 22 - 29
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

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

CALCIUM : 89 mg/L 86 - 100
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

URÉE : 0.33 g/L 0.17 - 0.49
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

CRÉATININE SANGUINE : 6.2 mg/L 5.1 - 9.5
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Jaffé, Roche)

Le 14/06/2022 à 09:07

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

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 13/06/2022

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme MASBAHI LEILA Le : 13/06/2022

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de *fièvre au cou*

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scannef*
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

traitement présent

Cachet du Médecin

Reçu de caisse

N° : 2206131941019380 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200516646 | MASBAHI LEILA | 13/06/2022 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 002135 | 720,00 |
| PAYANT | Total payé | 720,00 |
| SEPT CENT VINGT DIRHAMS | | |

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 38 45
Fax: 05 29 00 44 45
Email: contact@hck.ma

GA. 21.73.59
AZIZIE
Dr. NOUSSAIRE

06.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

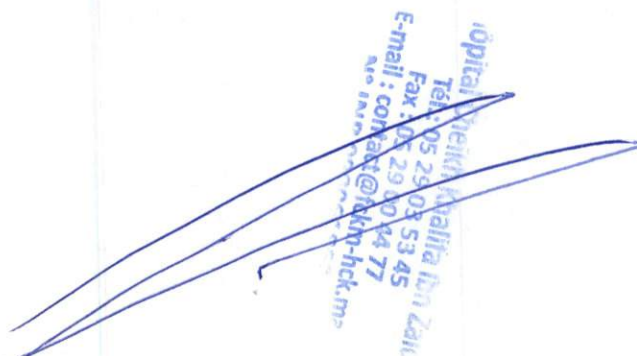
F A C T U R E

N° : 73270 / 2022 du 13/06/22

| | | | |
|-------------|---------------|--------|----------|
| Nom patient | MASBAHI LEILA | Entrée | 13/06/22 |
| | PAYANTS | Sortie | 13/06/22 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-------------------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID | 1,00 | B | 190,00 | 190,00 |
| CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| D-DIMERS | 1,00 | | 240,00 | 240,00 |
| EXAMENS BIOLOGIE | 1,00 | B0400 | 480,00 | 480,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 1 210,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 38,39 | 38,39 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 38,39 |
| Total Clinique | | | | 1 248,39 |

| | | |
|--|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 248,39 |
| MILLE DEUX CENT QUARANTE-HUIT DIRHAMS TRENTE-NEUF CENTIMES | | |


 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: contact@hck-hck.m
 Site Internet: www.hck-hck.m

Casablanca le : ____ / ____ / 2022

ATTESTATION DE DEPISTAGE SARS Covid-19

Pour valoir ce que de droit,

Date et heure de prélèvement :

IPP :

Nom :


Prénom :

Date de naissance :

CIN :

Test de dépistage rapide antigénique SARS Cov2 :

Ce test est un dépistage. Le test de diagnostic de référence est la RT-PCR.


2200516646 / 171109161029SA
Prénom : Leila
Nom : MASBAHI
DDN : 02/02/1969 E: 13/06/2022
Service : URGENCES (NA)
PAYERANT
Sexe: F

positif


Signature et cachet
Hôpital université
Dr. NOUSSA
URGENCES SAMU
101-09032

Signé :



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

MASBAHI LEILA

Casablanca le

13/06/2022

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


CHIEF DE SERVICE DES URGENCES
101408037



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :



2200516646 / 171109161029SA

Prénom : Leila

Nom : MASBAHI


DDN : 02/02/1969 E: 13/06/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe : F

Test antigénique


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. NOUSSAIR MUSTAPHA
CHEF DE SERVICE URGENCES SAMU
021100012

Id :

14/05/2022 23:48:28

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 77 bpm

PR: 172 ms

QRS: 104 ms

QT/QTcH: 424/454 ms

QTcB: 480 ms

QTcF: 461 ms

Rv5-v/Sv1 : 0.97/0.49 mV

Sok-Lyon : 1.46 mV

Axe: 67/1/48 °

RHYTME SINUSAL

*** INTERPRETATION EFFECTUEE SANS CONNAITRE LE

SEXE/ L'AGE DU PATIENT ***

Anomalie onde T dans dérivation septales

CETTE ANOMALIE MINEURE A UNE SIGNIFICATION

EQUIVOQUE SEULEMENT

Résumé: ECG BORDERLINE



2200516646 / 171109161029SA

Prénom : Leila

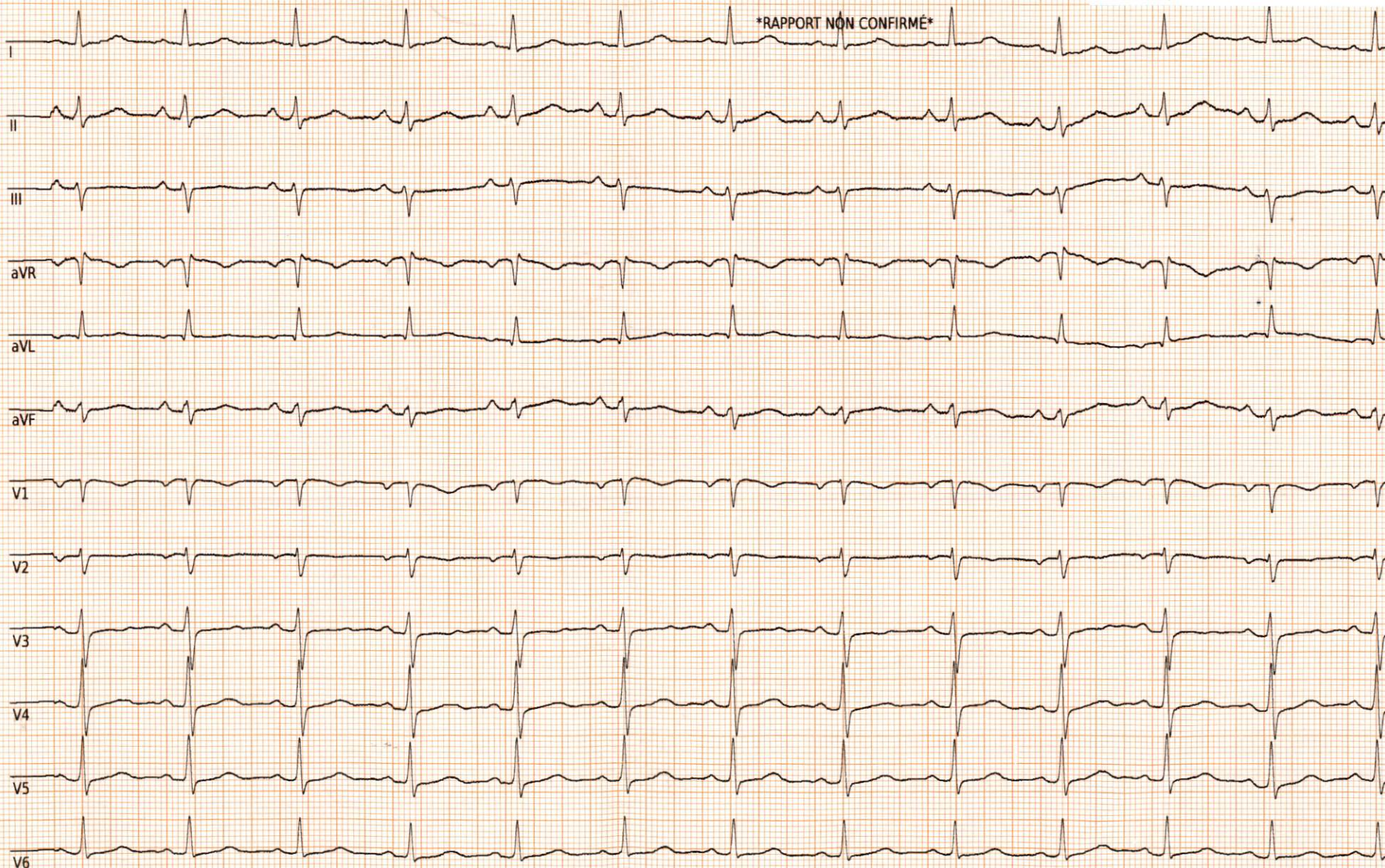
Nom : MASBAHI

DDN : 02/02/1969 E: 13/06/2022

Service : URGENCES (NA)

PAYAN
Sexe:

RAPPORT NON CONFIRMÉ



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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 13 / 06 / 2022

0675496

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 38,39 MA

Patient : M. Bahi Veila

Cachet

E-mail : contact@ic-hk.ma
Tél : 05 29 03 43 45
Fax : 05 29 00 44 77
N° IMP 00000000000000000000

Naps

الإبداع في الأداء

Naps

الإبداع في الأداء

Naps

الإبداع في الأداء



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
CASA BLANCA

13/06/22

19:40:34

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

Visa

BOUKHRIS /AZIZ

496688*****6161

08/23 CARTE NATIONALE

200-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173186

Num Transaction : 000008

Num Autorisation : 006331

Num STAN : 002135

MONTANT : 720,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74