

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0008494

28230

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1111 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MANSOURI HMAJ  
Date de naissance : 01-07-1954  
Adresse : N°178 Bloc 4 cite Commune Urbaine  
Hay Hassan Casablanca  
Tél. 0661668992 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : MANSOURI Hmad Age : 68  
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



# 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
05/08/2022	G	8-11		

# 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
132210	15/08/2022	2652,00	04
15/08/22	-Scanner des	15000	04

# AUXILIAIRES MEDICAUX

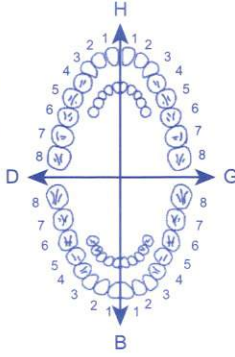
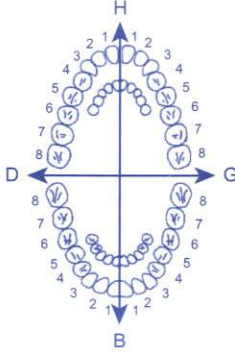
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 378/24

Casablanca, le :

Ansoumi HAMAD

NFS, CRP, IgE total,

IgE spécifique aspiration

Anca, Ac anti PIR<sub>3</sub>, Ac anti Ro

Sérologie H<sub>2</sub>, TSH-US, FT<sub>4</sub>.





وصفة طبية  
**Ordonnance**

5/8/2021

Casablanca, le :

MANSONI HMAD

Blondeau Evan

Boule Alu rhinitis  
rhinitis polyps



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID


## F A C T U R E

N° : 102344 / 2022 du 15/08/2022

Nom patient	MANSOURI HMAD	Entrée	15/08/2022
	PAYANTS	Sortie	15/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B2210	2 652,00	2 652,00
			Sous-Total	2 652,00
Total Clinique				2 652,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	2 652,00
DEUX MILLE SIX CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS		

  
 Laboratoire National de Référence  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 E-mail : labn@ickm-hck.ma



Date		Prestation	Cotation	PU	Montant
15/08/2022	Laborat	Helicobacter pylori - Sérologie IgG	B 180	1,20	216,00
15/08/2022	Laborat	NFS - Numération formule sanguine + plaq	B 80	1,20	96,00
15/08/2022	Laborat	IgE spécifiques panel respiratoire (Pneu	B 500	1,20	600,00
15/08/2022	Laborat	Thyreostimuline (TSH 3G)	B 250	1,20	300,00
15/08/2022	Laborat	Ac anti-MPO	B 150	1,20	180,00
15/08/2022	Laborat	Protéine C réactive - CRP	B 100	1,20	120,00
15/08/2022	Laborat	Ac anti-PR3	B 150	1,20	180,00
15/08/2022	Laborat	Thyroxine libre (T4L)	B 200	1,20	240,00
15/08/2022	Laborat	Ac anti-cytoplasme des polynucléaires ne	B 400	1,20	480,00
15/08/2022	Laborat	IgE totales	B 200	1,20	240,00
				<b>Sous Total</b>	<b>2 652,00</b>
				<b>Total</b>	<b>2 652,00</b>

  
 Laboratoire National de Référence  
 Tel: 05 29 02 02 33  
 E-mail: labo@nkr.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 102 356 / 2022 du 15/08/2022

Nom patient : **MANSOURI HMAD**

Entrée 15/08/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/08/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER DES SINUS	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		1 500,00	1 500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tel : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : hopital@cheikhkhalifaibnzaid.ma

Identifiant du patient : H0122020675

Date de naissance : 01/07/1954

Sexe : M

Date de l'examen : 15/08/2022

Prélevé le : 15/08/2022 à 07:59

Edité le : 18/08/2022 à 08:53

**MANSOURI HMAD**

**Dossier N° : 22083194**

**Docteur HERRAG MOHAMMED**

**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	:	5.19	10 <sup>12</sup> /l	4.28 - 6	5.51 10 <sup>12</sup> /l (26/07/2022)
Hémoglobine	:	14.3	g/dl	13.0 - 18.0	15.2 g/dl (26/07/2022)
Hématocrite	:	43.4	%	39 - 53	44.7 % (26/07/2022)
VGM	:	83.6	fl	78 - 98	81.1 fl (26/07/2022)
CCMH	:	32.9	g/dl	31.0 - 36.5	34.0 g/dl (26/07/2022)
TCMH	:	27.6	pg	26 - 34	27.6 pg (26/07/2022)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	14.68	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4 - 11	18.25 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (26/07/2022)
P. Neutrophiles	:	62.3	%	9.15 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7	92.4 % (26/07/2022)
P. Eosinophiles	:	0.8	%	0.12 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.63	0.1 % (26/07/2022)
P. Basophiles	:	0.4	%	0.06 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11	0.2 % (26/07/2022)
Lymphocytes	:	28.5	%	4.18 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8	3.8 % (26/07/2022)
Monocytes	:	8.0	%	1.17 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.18 - 1.00	3.5 % (26/07/2022)

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	244	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 400	250 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (26/07/2022)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 18/08/2022 à 08:53

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Dr. OUSTI Fadwa

Laboratoire National de Référence  
Dr. ANASS YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Dr. F. OUSTI  
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 15/08/2022  
PATIENT : **MANSOURI HMAD**

## **BLONDEAU-SCANNER**

**INDICATION :** bilan d'une sinusite. Rhino sinusite ? Polype ?

**TECHNIQUE :** Examen réalisé en mode spiralé sans injection de produit de contraste, avec reconstructions dans le plan coronal.

### **RESULTATS :**

- Epaissement muqueux polypoïde du bas fond du sinus maxillaire droit et gauche.
- Transparence normale des sinus frontaux, sphénoïdaux et des cellules ethmoïdales.
- Hypertrophie des cornets nasaux avec épaissement de la muqueuse nasale.
- Concha bullosa gauche non obstructive.
- Procidence du segment intra pétreux de l'artère carotide gauche qui reste corticalisée.
- Cloison nasale déviée à gauche avec discret éperon osseux.
- Cavum libre.
- Absence de lésion osseuse suspecte.

### **CONCLUSION**

**Scanner en faveur d'une rhinosinusite maxillaire chronique avec déviation gauche de septum nasal.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr Rami - Dr Chirwa**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

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

Tel : +212 5 29 00 44 77

ck.fclm.ma