

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-705731

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7347

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISI ABDELTIF

Date de naissance : 02/07/1947

Adresse : Im. bilal

Tél. : 061161135

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2022

Nom et prénom du malade : NAJAT MARYEM

Age:

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'attendeur.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 13/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE 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 d

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	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
				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'EXÉCUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :



2200592339 / 170227143327SO

Prénom : Maryem

Nom : NAJI

DDN : 19/09/1970 E: 13/11/2022

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

L'Ordonnance

Appliquer bouteille 14M

2 Mesures 160

14 X 37

3) Etape

197, bouteille

Signature

وصفة طبية

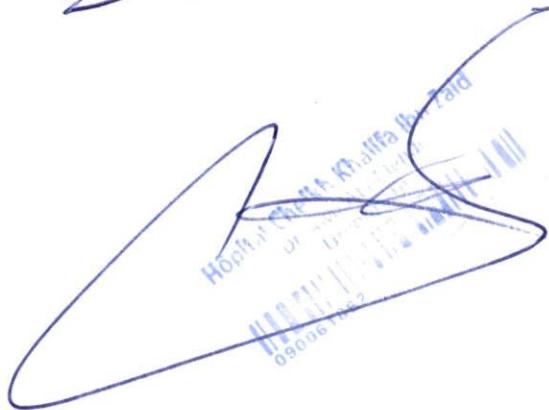
Ordonnance

13/11/200X

Casablanca, le :

Dr Naji Meryem

ECG



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **149 489 / 2022** du **13/11/22**

Nom patient : **NAJI MARYEM**

Entrée **13/11/22**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **13/11/22**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0590	708,00	708,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 108,00</b>
PHARMACIE	1,00		105,44	105,44
			<b>Sous-Total</b>	<b>105,44</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 213,44</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE DEUX CENT TREIZE DIRHAMS QUARANTE-QUATRE CENTIMES

**Total** **1 213,44**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	<b>1 213,44</b>	<b>1 213,44</b>	<b>0,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54  
 Email: [cenfeid@tunisie.tn](mailto:cenfeid@tunisie.tn)

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2211130315549380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200592339	NAJI MARYEM	13/11/22

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	10743	1 008,00
PAYANT	Total payé	1 008,00
MILLE HUIT DIRHAMS		

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@idmhdkibaia  
 N°télé : 05 29 03 53 45

## Reçu de caisse

N° : 2211130421259380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200592339	NAJI MARYEM	13/11/22

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	10745	205,44
PAYANT	Total payé	205,44
DEUX CENT CINQ DIRHAMS		

Reçu établi par : ABD.KAR

Identifiant du patient : 170227143327SO

Date de naissance : 19/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 13/11/2022

Prélevé le : 13/11/2022 à 02:56

Édité le : 13/11/2022 à 03:45

Mme NAJI MARYEM

Dossier N° : 22112648K

Service : URGENCE



## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 3.00 mg/l

< 8

(Immunoturbibimétrie / Architect Ci4100)

< 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.

1-3 mg/l : risque modéré.

> 3 mg/l : risque élevé.

> 10 mg/l : processus inflammatoire actif

## IONOGRAMME

URÉE : 0.31 g/L 0.15 - 0.45 0.20 g/L  
(30/09/2017)

CRÉATININE SANGUINE : 8.26 mg/L 6 - 12

TROPONINE I : 0.000 ng/ml < 0.030

Seuil décisionnel selon les recommandations ACC/ESC et IFCC:

> 0.3 (CV 10%) Infarctus du myocarde

NB: Toute valeur de troponine <0.3 ng/ml associée à un ECG négatif et à une douleur thoracique de moins de 6 heures doit être confirmée par un second prélèvement 4 heures plus tard pour exclure un diagnostic d'IDM.

LIPASE : 40.1 UI/l 8 - 78

**Ne pas diffuser au patient**  
**Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

Le 13/11/2022 à 03:45

Signature

Mr. KADRIFF Mohammed

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Boulevard Mohamed Taieb NACIRI, Hay Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Identifiant du patient : 170227143327SO

Date de naissance : 19/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 13/11/2022

Prélévé le : 13/11/2022 à 02:56

Édité le : 13/11/2022 à 03:45

Mme NAJI MARYEM

Dossier N° : 22112648K

Service : URGENCCE



## HEMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique / Mythic)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématuries	:	4.23	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9	$4.72 \cdot 10^{12}/l$ (30/09/2017)
Hémoglobine	:	13.6	g/dl	11.5 - 17.5	14.3 g/dl (30/09/2017)
Hématocrite	:	40.4	%	34 - 53	42.0 % (30/09/2017)
VGM	:	95.5	fL	76 - 96	89.0 fL (30/09/2017)
CCMH	:	33.7	g/dl	31 - 36	34.0 g/dl (30/09/2017)
TCMH	:	32.2	pg	24.4 - 34.0	30.3 pg (30/09/2017)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	10.7	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0	$6.51 \cdot 10^3/mm^3$ (30/09/2017)
P. Neutrophiles	:	71.8	%	7.68 $10^3/mm^3$	1.4 - 7.7 44.0 % (30/09/2017)
P. Eosinophiles	:	0.8	%	0.09 $10^3/mm^3$	0.02 - 0.58 1.7 % (30/09/2017)
P. Basophiles	:	0.1	%	0.01 $10^3/mm^3$	< 0.11 0.5 % (30/09/2017)
Lymphocytes	:	20.1	%	2.15 $10^3/mm^3$	1.0 - 4.8 46.1 % (30/09/2017)
Monocytes	:	7.2	%	0.77 $10^3/mm^3$	0.15 - 1.00 7.7 % (30/09/2017)

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	208	$10^3/mm^3$	150 - 445	$239 \cdot 10^3/mm^3$ (30/09/2017)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------------



**Ne pas diffuser au patient**

**Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

Le 13/11/2022 à 03:45

Signature

Mr. KADRIF Mohammed

**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

Boulevard Mohamed Taieb NACIRI, Hay Hassani,BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

NAYI  
Fayem

Casablanca le

: ..... / ... / .....

## 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 Hépato-pancréatique :

- ASAT - ALAT
- BC - BN - BT
- Gamma GT
- PA
- LIPASEMIE

● Bilan cardiaque :

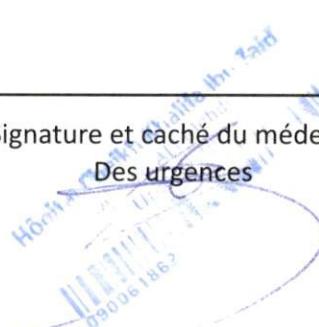
- Troponines
- BNP

Autres :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature et caché du médecin

Des urgences



D:

pm :

Sexe: M Date de naissance:

cm	kg	/	mmHg	ans
lreq. ventr.	49	bpm		
ht. PR	152	ms		
durée QRS	94	ms		
ht. QT/QTc(E)	420/ 389	ms		
txe P/QRS/T	30/ 6/ 30	*		
Imp I RV5/SV1	0.56/ 0.74	mV		
Imp I RV5+SV1	1.30	mV		

1130 Bradycardie sinusale

9140 \*\* rythme ECG anormal \*\*



2200592339 / 170227143327SO

Prénom : Maryem

PAYS/NT

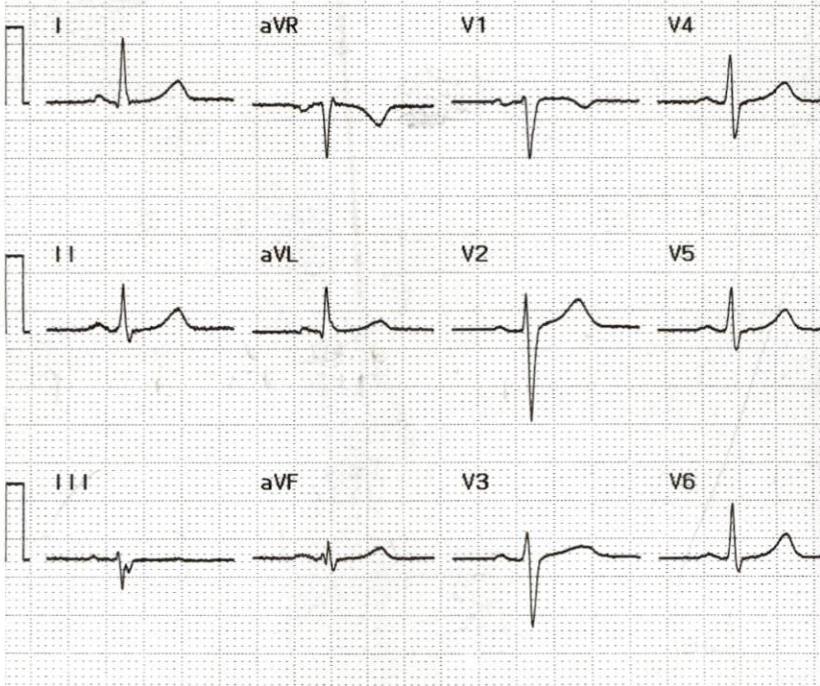
Nom : NAJI

Gexe: F

DDN : 19/09/1970 E: 13/11/2022

Service : URGENCES (NA)

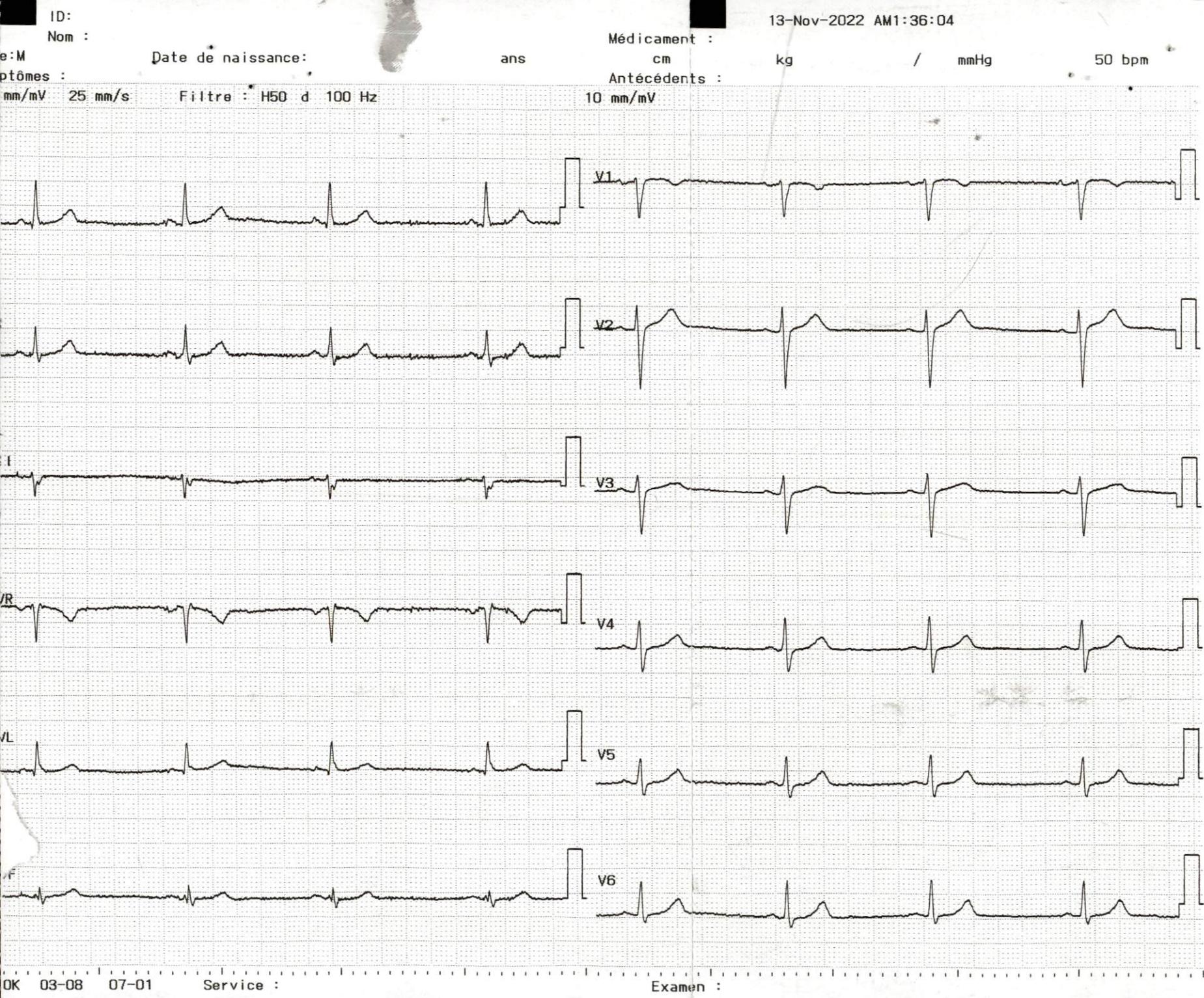
10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



rapport non confirmé

levé par :

Examen :





مركز التوفيرات

SANS CONTACT



13/11/22 03:54:38  
9900397937  
93979301  
HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A0000000041010  
APP : Mastercard  
xxxxxxxxxxxx8520  
CARTE NATIONALE  
E9183BC91EDA0522  
220-0-9999-1-55

MONTANT: 205,44 MAD  
NUM TRANSACTION : 003  
NUM AUTORISATION: 589250  
STAN : 010745

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مصرف الإنماء

13/11/22 02:49:18  
9900397937  
93979301  
HOP CHEIKH KHALIFA G6  
Casablanca

A0000000041010  
APP : Mastercard  
ABDELTIF EL IDRISI  
xxxxxxxxxxxxx8520  
06/27 CARTE NATIONALE  
398D8B60E3D16F51  
220-0-9999-1-55

MONTANT : 1008,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001  
NUM AUTORISATION: 788097  
STAN : 010743

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT