

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.

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° W21-780644

144709

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : HAMZOUN AMMED Société : 7354 RAM

Matricule : Date de naissance : 02/11/1967

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : HAMZOUN AMMED

Adresse : N°13 RUE 162 GRUPE "R" JUILFA CASABLANCA

Tél. : 0661161218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : LOULHA 32 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 :

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
24/03/2010	F12/D		122,12	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

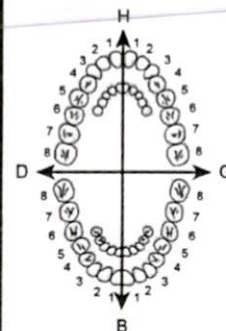
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

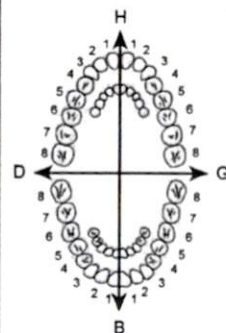
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 : 02/01/2023

CR echo obstetrical:



2300617388 / 171206160606KH

Prénom : Loubna

Nom : SALEM

DDN : 28/12/1988 E: 02/01/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

- Grossesse Monofetale évolutive.
- placenta MBI
- LA I.
- CRL: LCF = 44 mm, orifice interne fermé

Dr. UNZUEN
Dr. BELLAÏCH
Cynécologie-Obstétrique
01171718

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 02/01/2023

Mme. SALEM LOUBNA

Test AG RAPIDE

COVID 19

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur BELABASS MOULAY ABDERRAHMANE
Généraliste-Généraliste
101171718



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 02/01/2023



2300617388 / 171206160606KH

Prénom : Loubna

Nom : SALEM

DDN : 28/12/1988 E: 02/01/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

1) Dolosof 1g

1g x 3 / j pill 3

2) Augmentin 1g

1.5 x 2 / j pill 8

3) Sparfon

1g x 3 / j si douleurs

4) V.V.C

1g / j

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
01777777777



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
بحوث تكوين علاج



2300617388 / 171206160606KH

Prénom : Loubna

Nom : SALEM

DDN : 28/12/1988 E: 02/01/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Casablanca, le : 02/01/2023

386K

1) ECBU

2) Prélèvement Vaginal

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: contact@idcm.hki
www.idcm.hki

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dossier Médical
101171718

Casablanca, le 02/01/2023

COMPTE RENDU

Je soussigné, _____, Certifie avoir examiné

Mr/Mme SALEM LOUBNA Le : 02/01/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de _____

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres : Test AG RAPIDE COVID 19

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e) ✓
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 738 / 2023 du 02/01/23

Nom patient : SALEM LOUBNA

Entrée 02/01/23

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/01/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE AVEC ECHOGRAPHIE	1,00		600,00	600,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0300	360,00	360,00
TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID	1,00	B	190,00	190,00
			Sous-Total	1 150,00
PHARMACIE	1,00		47,22	47,22
			Sous-Total	47,22
Total Frais Clinique				1 197,22

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 197,22
MILLE CENT QUATRE-VINGT-DIX-SEPT DIRHAMS VINGT-DEUX CENTIMES		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 197,22	1 197,22	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 44
 Email: contact@hckm-za.com
 Site: www.hckm-za.com



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 171206160606KH

Date de naissance : 28/12/1988

Sexe : F

Date de l'examen : 02/01/2023

Prélevé le : 02/01/2023 à 21:25

Edité le : 04/01/2023 à 11:28

Mme SALEM LOUBNA

Dossier N° : 23010386K

Service : SALLE D'ACCOUCHEMENT



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Légèrement trouble
EXAMEN CYTOLOGIQUE	:	
Leucocytes	:	3 10 ⁴ /ml < 10 ⁴ /ml
Hématies	:	8 10 ³ /ml < 10 ³ /mL
Cellules épithéliales	:	Rares
Autres cellules	:	Absence
Cylindres	:	Rares cylindres hyalins
Cristaux	:	Absence
Éléments fongiques	:	Absence
CULTURE	:	
Culture	:	Polymicrobienne
COMMENTAIRE	:	Présence d'une flore bactérienne polymorphe . Tableau microbiologique évocateur d'une contamination des urines par la flore cutanéomuqueuse périnéale. Un ECBU de contrôle est recommandé si indication.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE D'UN PRÉLÈVEMENT VAGINAL

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	:	Quelques
Hématies	:	Rares
Cellules épithéliales	:	Nombreuses
Trichomonas vaginalis	:	Absence

Le 04/01/2023 à 11:28

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

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.

1 / 2



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 171206160606KH

Date de naissance : 28/12/1988

Sexe : F

Date de l'examen : 02/01/2023

Prélevé le : 02/01/2023 à 21:25

Edité le : 04/01/2023 à 11:28

Mme SALEM LOUBNA

Dossier N° : 23010386K

Service : SALLE D'ACCOUCHEMENT



Lactobacillus	:	++++
Gardnerella	:	Absence
Mobiluncus	:	Absence
Clue cells	:	Absence
Eléments fongiques	:	Absence

CULTURES

Culture	:	Absence de germes pathogènes
---------	---	------------------------------

Le 04/01/2023 à 11:28

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

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.

2 / 2



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 171206160606KH

Date de naissance : 28/12/1988

Sexe : F

Date de l'examen : 02/01/2023

Prélevé le : 02/01/2023 à 21:25

Edité le : 04/01/2023 à 11:28

Mme SALEM LOUBNA

Dossier N° : 23010386K

Service : SALLE D'ACCOUCHEMENT



Lactobacillus	:	++++
Gardnerella	:	Absence
Mobiluncus	:	Absence
Clue cells	:	Absence
Eléments fongiques	:	Absence

CULTURES

Culture	:	Absence de germes pathogènes
---------	---	------------------------------

Le 04/01/2023 à 11:28

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

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.

2 / 2



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 171206160606KH

Date de naissance : 28/12/1988

Sexe : F

Date de l'examen : 02/01/2023

Prélevé le : 02/01/2023 à 21:25

Edité le : 04/01/2023 à 11:28

Mme SALEM LOUBNA

Dossier N° : 23010386K

Service : SALLE D'ACCOUCHEMENT



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Légèrement trouble
EXAMEN CYTOLOGIQUE		
Leucocytes	:	3 10^4 /ml < 10^4 /ml
Hématies	:	8 10^3 /ml < 10^3 /mL
Cellules épithéliales	:	Rares
Autres cellules	:	Absence
Cylindres	:	Rares cylindres hyalins
Cristaux	:	Absence
Eléments fongiques	:	Absence
CULTURE		
Culture	:	Polymicrobienne
COMMENTAIRE	:	Présence d'une flore bactérienne polymorphe . Tableau microbiologique évocateur d'une contamination des urines par la flore cutanéomuqueuse périnéale. Un ECBU de contrôle est recommandé si indication.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE D'UN PRÉLÈVEMENT VAGINAL

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	:	Quelques
Hématies	:	Rares
Cellules épithéliales	:	Nombreuses
Trichomonas vaginalis	:	Absence

Le 04/01/2023 à 11:28

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABDES.

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.

1 / 2

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2301022231357040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300617388	SALEM LOUBNA	02/01/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	12764	47,22
PAYANT	Total payé	47,22
QUARANTE-SEPT DIRHAMS V		

Reçu établi par : MOH.RHO

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél: 05 29 02 33 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@ickm-hp.ma

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

10/01/2023

11:55

Nom Patient : SALEM LOUBNA

Numéro dossier : 2300617388

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
02/01/2023	INTRANULE G 22	1435692	1,00	1,95	1,95
02/01/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1435692	1,00	5,86	5,86
02/01/2023	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	1435692	1,00	22,50	22,50
02/01/2023	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1435692	1,00	3,54	3,54
02/01/2023	ECOUVILLON	1435711	2,00	2,50	5,00
02/01/2023	FLACON POUR URINE ECBU 60ML	1435711	1,00	3,37	3,37
02/01/2023	GANT D'EXAMEN EN LATEX NON POUDRE	1435711	4,00	1,25	5,00
Total pharmacie					47,22

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 33 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@hckm-hckm.m
N° INP 03006180

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
02/01/2023	2300617388	LIMS	ECBU + AntibioGramme	1	1,20	180,00
02/01/2023	2300617388	LIMS	Prélèvement Vaginal + ATB	1	1,20	180,00
Total						360,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 58 45
Fax : 05 29 03 46 77
E-mail : contact@hckm-hp
N° IMP 01/06/18

IFA IBN ZAID

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

02/01/23 21:18:54
HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010
VISA
MONSIEUR HAMROUN AHMED /
439377*****3865
09/24 CARTE NATIONALE
621-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064
Num TPE : 08173186
Transaction : 000006
723381

Reçu de caisse

Nom du patient	Date encaissement
I LOUBNA	02/01/2023

Références du paiement	Montant Dhs
	660,00

PAYANT	Total payé	660,00
SIX CENT SOIXANTE DIRHA		

Reçu établi par : HIC.ELAS



ATTESTATION DE DEPISTAGE COVID-19

Pour valoir à qui de droit,

Date et heure de prélèvement : 02/01/2023 à 22 H 23
IPP : 2300617388
Nom : SALEM
Prénom : BOUBNA
Date de naissance : 28/12/1988
CIN : BK 505216

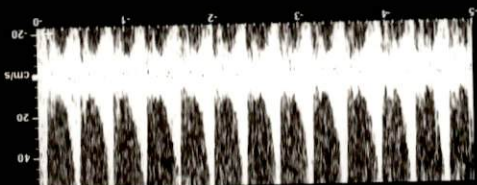
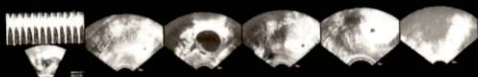
Test de dépistage rapide antigénique SARS Cov2 :

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

negative

Signature et Cachet





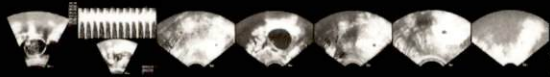
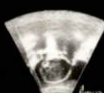
Syst.	54.6 cm/s
Diastol.	21.0 cm/s

02/01/23 20:11:29

MI 0.4 TIS 0.9 AC 0.8


OB-2/J	0-FR	AO%	CHI	5-Frq	Gn	D	10-II	DP	Frg	Gn	15-PRF	FO	TE	SVD
26	95	5.0	34	19.0				2.8	4.2	2.8	100	4	8.9	

• Génétique
 • Gene Wikishi Direct Rep.
 PI
 IR
 Rapport S/O
 ■ Ratio A/B
 Ratio D/S
 FC



1 L	5.70 cm
2 C	20.05 cm
A	31.47 cm ²
d1	5.71 cm
d2	7.02 cm
÷ d	8.54 cm
L	0.00 cm

SPD (Jeanty)
DOF (Hansmann)
CT (Jeanty)
TR (Hill)
LH (Jeanty)
Ulna (Jeanty)
DAT (Erikson)
CA (Jeanty)
LF (Jeanty)
TB (Jeanty)
Pd (Paris)
DT (Hansmann)

02/01/23 20:11:53 : oh Cheikh Khalifa

MI 1.1 TIS 0.7 AC

FR	AO%	CHI	Frd	GN	S/A	Cle	D	DR
26	95	0	5.0	34	3/3	H/0	19.0	7.2

479-479 (18.2-18.2)