

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° W21-701081

246255

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9632 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ERCHI Di Zouma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 12 17 03 Total des frais engagés : 728,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : Zouche Kouma Age : 23

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : phie faciale due à une ch

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 : CASABLANCA Le : 23/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

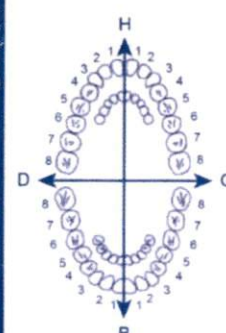
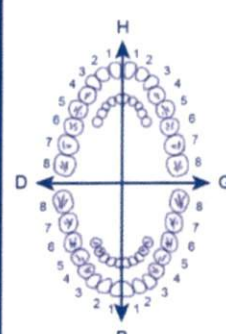
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03.01.2012	Vaccin	1	208,00	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04.01.2012	Vaccin	1	185,9	

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
 Laboratoire National Tel: 05.29.05.02.33 labn@ickm-hki 09.00.68.62			

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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 01.01.2023

A Kache Rim

- Examens Biologie
- NFS - Numération formule sanguine plog B080
 - Groupage ABORhesus B060
 - Taux de Prothrombine (TP) + INR B040
 - Urée B030
 - Créatinine (NAKCL RAPTCR) B160
 - Créatinine Sanguine B030

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. H. B. BENAMER
Traumatologie-Orthopédie
131211201

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123000128

Date de naissance : 16/06/1999

Sexe : F

Date de l'examen : 03/01/2023

Prélevé le : 03/01/2023 à 16:10

Edité le : 04/01/2023 à 09:52

Mlle AYOUCHE RIM

Dossier N° : 23010580K

Service : HOSPITALISATION



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.42	$10^{12}/l$		3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	12.6	g/dl		11.5 - 17.5
Hématocrite	:	38.0	%		34 - 53
VGM	:	86.0	fl		76 - 96
CCMH	:	33.2	g/dl		31 - 36
TCMH	:	28.5	pg		24.4 - 34.0

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.33	$10^3/mm^3$		3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	58.9	%	3.14	$10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.3	%	0.07	$10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.8	%	0.04	$10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	31.1	%	1.66	$10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	7.9	%	0.42	$10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	194	$10^3/mm^3$		150 - 445
------------	---	-----	-------------	--	-----------

HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

TAUX DE PROTHROMBINE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Satellite Max)

TQ	:	13.4	sec.		
TP	:	99	%		70 - 100
INR	:	1.01			

Le 04/01/2023 à 09:52

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS

Laboratoire National de Référence
Pr. Anass YAHYAOUÏ
Médecin Biologiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

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 : H0123000128

Date de naissance : 16/06/1999

Sexe : F

Date de l'examen : 03/01/2023

Prélevé le : 03/01/2023 à 16:10

Edité le : 04/01/2023 à 09:52

Mlle AYOUCHE RIM

Dossier N° : 23010580K

Service : HOSPITALISATION



Interprétation (I.N.R.) :

Traitement par des AVK : 2 - 4,5

Prévention des thromboses veineuses; prophylaxie opératoire: 2 - 3

Phlébite ou embolie en évolution; Prévention des thromboses récidivantes : 2 - 4

Prévention des thromboses artérielles; Prothèse cardiaque: 3 - 4,5

TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Satellite Max)

Témoin	:	35.0	sec.	
Sujet	:	30.4	sec.	
TCA sujet / TCA témoin	:	0.86		< 1.2

IMMUNO-HEMATOLOGIE

Echantillon primaire: Sang total EDTA

GROUPAGE SANGUIN

Détermination	:	Première
Groupe sanguin	:	O
Facteur Rhésus	:	Positif

BIOCHIMIE SANGUINE

IONOGRAMME

SODIUM (Na ⁺)	:	139	mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K ⁺)	:	3.7	mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl ⁻)	:	110	mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	23	mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	70	g/L	64 - 83
CALCIUM	:	88	mg/L	85 - 101
URÉE	:	0.17	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	6.90	mg/L	6 - 12

Le 04/01/2023 à 09:52

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr. Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 1859 / 2023 du 04/01/2023

Nom patient	AYOUCHE RIM	Entrée	03/01/2023
Prise en charge	PAYANT	Sortie	04/01/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0440	528,00	528,00
			Sous-Total	528,00
Total Clinique				528,00

PR. SALMI SAID (anesthésie-réanimat.)	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Autres prestations				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	728,00
SEPT CENT VINGT-HUIT DIRHAMS			
Immatriculation : 0009632	Adhérent : ZAKIA ERCHIDI		
Affiliation :	N° prise en charge : 20230030019244		
Cin : BK675031-L			

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

Hopital Cheikh Khalifa
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
E-mail : contact@fckm-h.com
www.fckm-h.com

Date		Prestation	Cotation	PU	Montant
03/01/2023	Laborat	NFS - Numération formule sanguine + plaq	B 80	1,20	96,00
03/01/2023	Laborat	Groupage ABo Rhesus	B 60	1,20	72,00
03/01/2023	Laborat	Taux de Prothrombine (TP) +INR	B 40	1,20	48,00
03/01/2023	Laborat	Temps de céphaline active	B 40	1,20	48,00
03/01/2023	Laborat	Urée	B 30	1,20	36,00
03/01/2023	Laborat	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	B 160	1,20	192,00
03/01/2023	Laborat	Créatinine sanguine	B 30	1,20	36,00
				Sous Total	528,00
				Total	528,00

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm-hckm.com
info.nqnn61862

Le : 04/01/2023

Références 1 859 / 301041301350336070
MUPRAS

Entrée / Sortie : 03/01/2023 - 04/01/2023

Le Pr. SALMI SAID

présente à Mlle AYOUCHE RIM

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature

Reçu de caisse

N° : 2301041321466450. / 3 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300617995	AYOUCHE RIM	04/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	270383 / AWB ECHIDI EP AYOUCHE ZAKIA	1 128,00
MUPRAS	Total payé	1 128,00
MILLE CENT VINGT-HUIT D		

Reçu établi par : OUM.IDR

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tel : 05 23 00 44 77
Fax : 05 23 00 44 77
E-mail : contact@chkh-hck.ma
N° : 2301041321466450

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom	 2300617995 / H0123000128		SERVICE : hospitalisation 5
Age :	Prénom : RIM Nom : AYOUCHE DDN : 16/06/1999 E: 03/01/2023 Service : HOSPI 5 (NA)		PAYANT Sexe: F
Date			médecin traitant : Pr <i>Chraga</i> <i>Benamer</i>
Date de sortie : 04/01/2023		IPP :	

ATCD : - Fracture de l'humérus opérée
 - Covid-19 il ya 2an.

SYMPTOMATOLOGIE

Déficit d'extension du pouce droit.

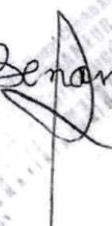
DIAGNOSTIC Rupture tendineuse du long extenseur
 du pouce droit.

TRAITEMENT

Suture tendineuse du tendon long extenseur
 du pouce droit.

EVOLUTION

- Bonne évolution sous traitement
- À revoir en consultation avec Pr *Benamer*
le mardi après midi


 Pr *Benamer*
 Traitements
 04/01/2023



Casablanca, le mercredi 4 janvier 2023

Compte Rendu opératoire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : AYOUCHE	Médecin traitant :
Prénom : RIM	Service d'hospitalisation : HOSPI 5
Age : 23 ans	IPP du patient : H0123000128
Sexe : Féminin	NDA séjour : 2300617995
Date de l'intervention :	

Patient informé des risques, conséquences et complications éventuelles de l'intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

sous AG, DD, TO, Membre sup droit sur TL, GP à la racine du membre 250mmgh 28mn

après badigeonnage et champage

excision de la cicatrice et debridement en proximal et en distal

l'exploration chirurgicale retrouve une section complète du LEP avec retraction modérée

nous procedons à une excision de la fibrose et ravivement des extremités tendineuses

reparation de l'extenseur par un point de Kessler au prolene 4/0 renforcé par un surjet

testing stable

lavage et fermeture cutanée par des points simples

pansement

attelle maintenant la colonne du pouce en extension

SOINS POST-OPERATOIRES :

ATB ATG

Attelle 6 semaines

SL 1j sur 3

ablation des fils à J15

SIGNATURE:

