

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W21-701081

246255

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5632

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ERCHI DRI ZALOUA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661171703

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 :

ayouche khalil

Age : 28

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

plain face droite gache dr

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.

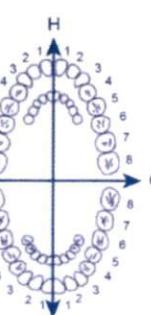
Fait à : 04/03/2023

Le : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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	Venfluraf		268,00	INP : []
04/01/2012	N-1859			Hôpital universitaire Pr. ASS Traumatol

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire National de Radiologie tel: 05.29.05.02.35 ...labo@fckm-bch.fr 093 486</i>			

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
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 PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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"/>														

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 01_01_2023

A Youshe Rim

- Envoi vers Biologie
- NFS - Numéro de fiche formule sanguine presc B080
- Groupe AB Rhosus B060
- Taux de Prothrombine (TP) + INR B040
- Uroé B030
- Eosinophiles (WAK CL RA PT(A)) B160
- Créditmine Sanguine B030

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass. Dr. M. BENAMEUR
Traumatologie & Orthopédie
01.01.2023

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

Édité 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

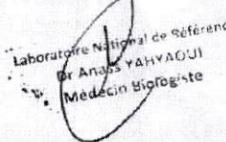
TAUX DE PROTHROMBINE

(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. YAHYAOUI ANASS



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

Édité le : 04/01/2023 à 09:52

Mlle AYOUCHE RIM

Dossier N° : 23010580K

Service : HOSPITALISATION



Interprétation (I.N.R) :

Traitements 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

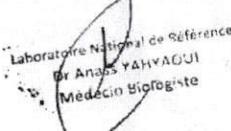
IONOGRAMME

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 D'ANALYSES BIOMÉDICALES
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
Total Clinique				528,00

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

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN**

AYOUCHE RIM

2300617995

04/01/2023

15:54

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

E-mail : ax.29.00.a4.17
Tel: 03 53 45 32 32
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

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'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr. Said SALMI
Anesthésiste Réanimateur
0910179567

Cachet et signature

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2301041321466450 / 3 / 0

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

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

Reçu établi par : OUM.IDR

E-mail : ayouch.rim@chekh-khalifa.ma
Fax : 0523 00 44 77
Tél : 0523 03 53 45
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom	Barcode	2300617995 / H0123000128	ERVICE : hospitalisation 5
Age :	PAYANT	Prénom : RIM Nom : AYOUCHE DDN : 16/06/1999 E: 03/01/2023 Service : HOSPI 5 (NA)	hambre :
Date	Sexe: F	édecin traitant : Pr <u>Abdellatif Benamour</u>	
		IPP :	
Date de sortie : 04/01/2023			

ATCD : - Fracture de l'humérus opérée
- Covid - 19 il ya 1 an.

SYMPTOMATOLOGIE

Déficit d'extension du pouce droit.

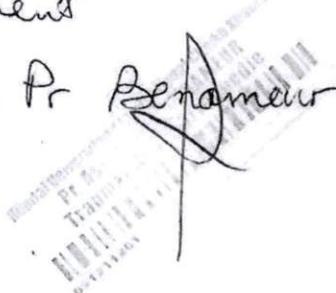
DIAGNOSTIC Rupture tendineuse du long extenseur du pouce droit.

TRAITEMENT

Suture tendineuse du tendon long extenseur du pouce droit.

EVOLUTION

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



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 débridement en proximal et en distal

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

nous procédons à une excision de la fibrose et ravivement des extrémités tendineuses

réparation de l'extenseur par un point de Kessler au prolène 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:

HOPITAL CHEIKH KHALIFÀ IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : AYOUCHE RIM		
Chambre : C250		
Médecin traitant	BENAMEUR HAMZA	
Prise en charge	MUPRAS	
Date entrée	03/01/2023	
Date sortie	04/01/2023 12:57	
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : NEZ.BEN 04/01/2023 15:55</i>		2300617995

E-mail : coterec@idkrim-hdc.ma
Fax : +212 39 80 44 77
Tel : +212 39 80 44 77
Tél : 0524 53 53 53
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid