

## 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 1053652

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9398

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHILAOUANE Abderrahim

Date de naissance : 11/05/1969

Adresse : Res. Akkafri Apt 7 G.H.S.C Dar Bouazza

Tél : 0667212355 Total des frais engagés : 3475,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☒ 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 : CASABLANCA

Le : 09/08/23

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/07/23	Vern Kactane	3237,32		9124551
	N° 70359			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/23	244,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Casablanca, le : 26.07.2023

Mme. Fiba Bahboune

49,80.

1 flagyl 500mg

24,50.

1 pax 31j

2 pax 31j

73,80

3 Ixor 20mg

58,30

4 Negast 160

1 pax 31j

5) Ueha Pene 1 pax 31j

38,10

T = 244,50.

LOT : 22E035  
PER : 11/2027

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

LOT : 5235  
PER : 12 - 24  
P.P.V : 24 DH 50

IXOR 20 mg 14 comprimés éffervescent  
PPV 73DH80  
EXP 12/2024  
LOT 200195

LOT : 5270  
PER : 11 - 24  
P.P.V : 58 DH 30

Lot : 7175  
Fab : 11/22  
Salic : 11/25  
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 16/07/2022

Quittance - Paiement espèces 0794562

IPP : .....

N° D'admission : 02500721344 Montant : 331,32 MA

Patient : Bahboune H. B. G.

Payé par : C. S. M. A.

Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 103 509 / 2023 du 26/07/23

Nom patient : **BAHLAOUANE HIBA**

Entrée 26/07/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/07/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00	B0500	300,00	300,00
SCANNER ABDOMINO-PELVIEN	1,00		2 000,00	2 000,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	2 900,00
PHARMACIE	1,00		331,32	331,32
			Sous-Total	331,32
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>3 231,32</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS MILLE DEUX CENT TRENTE ET UN DIRHAMS TRENTE-DEUX CENTIMES	<b>Total 3 231,32</b>

	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	331,32	2 900,00	3 231,32	0,00

*[Signature]*  
 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 05 29 03 53 45  
 05 22 89 28 54

## Reçu de caisse

N° : 2307260415287040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300721334	BAHLAOUANE HIBA	26/07/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	23612	2 900,00
PAYANT	Total payé	2 900,00
DEUX MILLE NEUF CENTS D		

Reçu établi par : MOILRIO

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 22 43 43 43  
Fax: 05 22 43 43 43  
E-mail: contact@hkhz.ma

# **ANNEXE PHARMACIE**

<b>Nom patient : BAHLAOUANE HIBA</b>	<b>N° Facture 103 509</b>	<b>2300721334</b>
--------------------------------------	---------------------------	-------------------

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitair</b>	<b>Montant</b>
CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	29,90	29,90
OMNIPAQUE 100ML 300 mg I/ INJECTA (01)	1	246,00	246,00
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	1	14,08	14,08
SPASFON 40mg Injecta (06)	1	4,35	4,35
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>295,72</b>
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,20	1,20
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61
KIT SCANNER STD	1	25,72	25,72
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,87	5,87
SERINGUE 10ML	1	0,94	0,94
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>35,60</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>331,32</b>

*[Signature]*

*[Stamp: Pharmacie, 103 509, 2300721334]*

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
26/07/23	2300721334	LIMS	Bêta hCG Recherche qualitative	1	1,20	120,00
26/07/23	2300721334	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
26/07/23	2300721334	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	192,00
26/07/23	2300721334	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
26/07/23	2300721334	LIMS	NFS (Mythic)	1	0,00	0,00
26/07/23	2300721334	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
26/07/23	2300721334	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
<b>Total</b>						<b>600,00</b>



SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 26-07-2023

## COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme BAHLAUNE HIRBA Le : 26/07/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleurs Abdominales prédominantes à la FIDt

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

pour ordonnance des analyses.

Bilan Radiologique :

- Radio .....
- Echographie .....
- Scanner Abdomino-Pelvien .....
- IRM .....
- Autres : .....

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin





2300721334 / H0123022298

Prénom : HIBA

Nom : BAHLAOUANE

DDN : 06/11/2001 E: 26/07/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: F

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Patiente de 21 ans sans antécédent pour douleur abdominale  
diagnostiquée depuis dimanche évoluant dans un contexte  
opéré Examen clinique: défense FID+ Sembrable épigastrique  
et peu initiale

• RADIO STANDARD : .....

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : abdominale .....

☒ Avec injection

☐ Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive ☐ négative

• IRM : .....

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

Dr. AIT ACHOUA Mohamed  
Urgentiste



Nom et

Casabl:

2300721334 / H0123022298  
Prénom : HIBA  
Nom : BAHLAOUANE  
DDN : 06/11/2001 E: 26/07/2023  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

## BILAN BIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### • Héмато/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 Hépto-pancréatique :

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

### • Bilan cardiaque :

- ☐ Troponines
- ☐ BNP

Autres :

B. A. H. C. G.

Signature et caché du médecin  
Des urgences





Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123022298

Date de naissance : 06/11/2001

Sexe : F

Date de l'examen : 26/07/2023

Prélevé le : 26/07/2023 à 03:27

Edité le : 26/07/2023 à 04:11

Mme BAHLAOUANE HIBA

Dossier N° : 23075883K

Service : URGENCE



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Automate MYTHIC)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.69	$10^{12}/l$	4.00 - 6.20
Hémoglobine	:	10.9	g/dl	11.0 - 17.0
Hématocrite	:	32.4	%	35.0 - 55.0
VGM	:	69.1	fl	80.0 - 100.0
CCMH	:	33.6	g/dl	31.0 - 35.5
TCMH	:	23.2	pg	26.0 - 34.0

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	9.8	$10^3/mm^3$	4.0 - 12.0
P. Neutrophiles	:	50.9	%	4.99 $10^3/mm^3$ 2.0 - 8.0
P. Eosinophiles	:	0.8	%	0.08 $10^3/mm^3$ 0.0 - 0.4
P. Basophiles	:	0.1	%	0.01 $10^3/mm^3$ 0.0 - 0.2
Lymphocytes	:	39.4	%	3.86 $10^3/mm^3$ 1.0 - 5.0
Monocytes	:	8.8	%	0.86 $10^3/mm^3$ 0.1 - 1.0

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	277	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hck.ma  
N°IMP 050000002

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

Le 26/07/2023 à 04:11

Signature

Mr. Maskaoui Brahim



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123022298

Date de naissance : 06/11/2001

Sexe : F

Date de l'examen : 26/07/2023

Prélevé le : 26/07/2023 à 03:27

Edité le : 26/07/2023 à 04:11

Mme BAHLAOUANE HIBA

Dossier N° : 23075883K

Service : URGENCE



## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 3.00 mg/l < 8  
(Immunoturbidimétrie / 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

SODIUM (Na <sup>+</sup> )	:	140	mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K <sup>+</sup> )	:	3.3	mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl <sup>-</sup> )	:	107	mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	20	mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	73	g/L	64 - 83
CALCIUM	:	92	mg/L	85 - 101
URÉE	:	0.17	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	5.51	mg/L	6 - 12

## HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

### BÊTA HCG TOTALE

Résultat : Négatif

(Technique chromatographique / Biosynex)

Seuil de détection: 15 UI/ml

Tel: 05 29 03 53 43  
Fax: 05 29 00 44 77  
Email: contact@hck.ma  
Laboratoire de Biologie Médicale et de Pathologie

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 26/07/2023 à 04:11

Signature

Mr. Maskaoui Brahim

2 / 2

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 26/07/2023

PATIENT : BAHLAOUANE HIBA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Scanner abdomino-pelvien**  
IPP : **H0123022298**  
DATE NAISSANCE : **06/11/2001**  
NUMERO DOSSIER : **2300721334**

## TDM ABDOMINO- PELVIENNE

### Technique :

Acquisition spiralee volumique en coupes fines avec reconstructions multi-planaires, sans et avec injection de produit de contraste.

### Résultats :

Foie homogène de taille normale et de contours réguliers.  
Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.  
Rate et pancréas normaux.  
Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers avec sécrétion et excrétion faites dans les délais normaux sans dilatation des cavités excrétrices.  
Absence de masse Abdomino pelvienne.  
Appendice de calibre normal.  
Vessie et utérus d'aspect normal.  
Ovaires sans anomalies.  
Absence d'adénopathie profonde.  
Lame d'épanchement pelvienne physiologique.  
Importante stase stercorale.

### Au total :

**Scanner abdomino-pelvien ne révélant pas d'anomalie.**

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Dr AYOUCHE Othman**

Dr. AYOUCHE Othman  
Médecin RADIOLOGUE  
041315250







مركز النقدیات

26/07/23

03:08:19

9900397937

93979301

HOP CHEIKH KHALIFA G6

Casablanca

A00000000031010

APP : Visa

MR BAHLAOUANE AB/

xxxxxxxxxxxxxx5815

04/25 CARTE NATIONALE

04594DD78CD467CF

620-0-9999-1-44

MONTANT: 2900,00 MAD

NUM TRANSACTION : 052

NUM AUTORISATION: 004354

STAN : 023612

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT