

# 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.
- Confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- La 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2187 Société : 178497

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GUAIDER SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668190862

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie gg

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

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) : .....

#### **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 Pécunialement des Actes
08/08/2012 9/2012	211-10 SEE NF	3000000 300	3000000 300	Universitaire ORRISSA ANNA Pr. Assistant universitaire viscérale. Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/2013 02/33 Signature de Mme Béatrice Léonard	08/08/13	B0100	19200

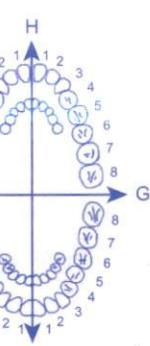
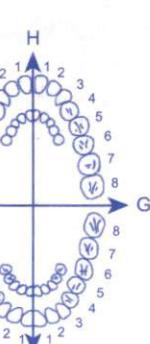
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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**

8 / 8 / 23

Casablanca, le :

M. ABBAAD  
El Andalous

—

- Glaxo.
  - Sibengale + ADP 1000 mg
- Je vous l'offre pour  
vos rhinites.

Ces comprimés sont à prendre.





وصفة طبية

Ordonnance

08/08/2023

Casablanca, le :

Guerder Saadia.

- NFS, pg
- GP, TCA

Laboratoire National de Reference  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fckm.be.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Assistant NORISSI ANASS  
Chirurgie viscérale  
05 29 05 02 33

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

08/08/2023

El Guider Sadia

RC, 54 ans

Splenomegalie

ADP inguinal

Jané

SNP

CPA

pour

cureage gg

Merci !



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123023898

Mme ELGUIDER SADIA

Date de naissance : 10/03/1962

Dossier N° : 23081819K

Sexe : F



Date de l'examen : 08/08/2023

Prélevé le : 08/08/2023 à 16:02

Édité le : 09/08/2023 à 08:06

## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématoctrite	:	3.83	10 <sup>12</sup> /l	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	10.4	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	32.2	%	34 - 53
VGM	:	84.1	fL	76 - 96
CCMH	:	32.3	g/dl	31 - 36
TCMH	:	27.2	pg	24.4 - 34.0

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	16.07	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	9.7	%	1.56 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.4	%	0.06 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.1	%	0.02 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11
Lymphocytes	:	86.6	%	13.92 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8
Monocytes	:	3.2	%	0.51 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.15 - 1.00

*Lymphocytose, Frottis en cours.*

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	128	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 445
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

## HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

Le 09/08/2023 à 08:06

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Prof. Jalila El Bakkouri  
Anatomopathologie



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123023898

Date de naissance : 10/03/1962

Sexe : F

Date de l'examen : 08/08/2023

Prélevé le : 08/08/2023 à 16:02

Édité le : 09/08/2023 à 08:06

Mme ELGUIDER SADIA

Dossier N° : 23081819K



**TAUX DE PROTHROMBINE**

(Chronométrie - photométrie / Sysmex)

TQ	:	11.6	sec.	
TP	:	100	%	70 - 100
INR	:	0.92		

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 / Sysmex)

Témoin	:	28.3	sec.	
Sujet	:	22.6	sec.	
TCA sujet / TCA témoin	:	0.79		< 1.2

Le 09/08/2023 à 08:06  
Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Bin Zayed  
Prof. Jalila EL BAKKOURI  
analyste

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 110648 / 2023 du 08/08/2023

Nom patient	ELGUIDER SADIA	Entrée	08/08/2023
	PAYANTS	Sortie	08/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0160	192,00	192,00
<b>Total Clinique</b>				<b>192,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGT-DOUZE DIRHAMS	<b>Total</b>
	<b>192,00</b>

L'administration de l'Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
E-mail : labo@ckn.tn  
Tel : 0529.05.02.33

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 110 648 / 2023 du 08/08/2023

Nom patient : ELGUIDER SADIA

Entrée 08/08/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/08/2023

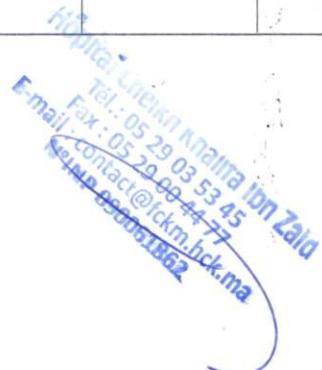
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0160	192,00 Sous-Total	192,00 192,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>192,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGT-DOUZE DIRHAMS

**Total 192,00**

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	192,00			192,00	0,00



## HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

**2024627**

2300728554

08/08/2023

17:24

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
08/08/2023	2300728554	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
08/08/2023	2300728554	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
08/08/2023	2300728554	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
						<b>Total 192,00</b>

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@hcck.men.tn  
 N°INP : 40005262

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 09/08/2023  
Numéro : 110 828



090061862

Nom patient : ELGUIDER SADIA

Médecin : DR. DOGHMI NAWFAL  
Anesthésie-Réanimat.

2300728752

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00
Total	300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 03 44 71  
E-mail : [comptes@cdm-kz.ma](mailto:comptes@cdm-kz.ma)  
N° VP : ...

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 08/08/2023

### BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300728479
Nom patient	ELGUIDER SADIA
Médecin	PR. IDRISI ANAS
Motif	CONSULTATION DE CHIR
Encaissement	0,00

*Visa accueil*

SAR.SLA 14:59



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 110.569 / 2023 du 08/08/2023

Nom patient : ELGUIDER SADIA

Entrée 08/08/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/08/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE CHIRURGIE VISCERALE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 08/28/603

Quittance - Paiement espèces      0800760

IPP : .....

N° D'admission : 3258499 Montant : 300 MB

Patient : LPER SAMIA

Payé par : .....



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 08/08/2003

Quittance - Paiement espèces **0800760**

IPP : .....

N° D'admission : Bf. 278499 Montant : 300 MB

Patient : El Guipex Smaïa

Payé par : .....

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 02/08/2025

Quittance - Paiement espèces **0800778**

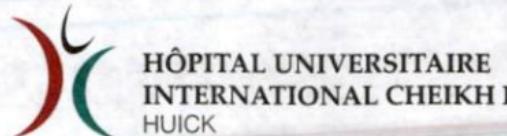
IPP : .....

N° D'admission : 1308752 Montant : 300 DHS

Patient : EL GUEDER

Payé par :





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 22/08/2023

Quittance - Paiement espèces **0800926**

IPP : .....

N° D'admission : 230072054 Montant : 153 D.H.

Patient : EL GUIDER SADIA

Payé par : .....

