

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.
- Le 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quai
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23+000329

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2187 Société : 178497

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AUIDER 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 : surax 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) :

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 Praticien des Actes
08/08/12	300000	300	300	

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
	08/08/12	1300	1300

AUXILIAIRES MEDICAUX

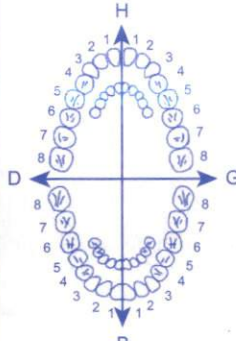
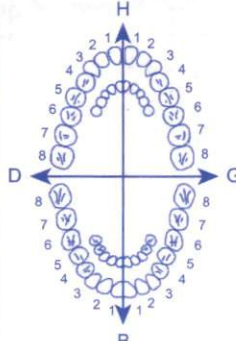
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[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



8 / 8 / 23

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

M. ABBAD
El Ansaloussi

- Glauque.
- Sphérogales + ADP usuel

Je vs l'abonne pour
Boghi fongleux.

US Boghi fongleux.



وصفة طبية

Ordonnance

08/08/2023

Casablanca, le :

Gwider Saadia.

- NFS, pg
- 98, 9CA

Laboratoire National de Référence
Tel : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@ickm-hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant MORISSIANASS
Chirurgie viscérale



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

08/08/2023

El Guider Sadia

Rc, 57ans

Splenomegalie

ADP inguinal

Jaré

BP

CPA

pour

curage

gg

merci

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant ARISSY ANASS
Chirurgie Viscérale
091240516



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

Edité le : 09/08/2023 à 08:06

Mme ELGUIDER SADIA

Dossier N° : 23081819K



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.83	$10^{12}/l$	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	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	9.7	%	1.56 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.4	%	0.06 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.1	%	0.02 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	86.6	%	13.92 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	3.2	%	0.51 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

Lymphocytose, Frottis en cours.

PLAQUETTES

Plaquettes	:	128	$10^3/mm^3$	150 - 445
------------	---	-----	-------------	-----------

HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

Le 09/08/2023 à 08:06

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Hématologue



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

Edité 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.):

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 / 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 Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Médecin biologiste

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
			Sous-Total	192,00
Total Clinique				192,00

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

Laboratoire National de Référence
 Tel : 05 29 05 02 33
 E-mail : labo@cdm-hk.ma

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
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0160	192,00	192,00
			Sous-Total	192,00
Total Frais Clinique				192,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGT-DOUZE DIRHAMS

Total

192,00

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@ickm.lck.ma
N° 05061862

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIENT

2300728554

17:24

Nama : Usmen Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@chemintra.com
 N°INP : 201006362

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

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	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 43 45
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@hck.ma
N° d'urgence: 05 29 03 44 77

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 08/08/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300728479
Nom patient	ELGUIDER SADIA
Médecin	PR. IDRISSE 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	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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 : 08/28/2023

Quittance - Paiement espèces

0800760

IPP :

N° D'admission : B. 22847 Montant : 300 MB

Patient : ELDER SADIH

Payé par : [Signature]



Cachet

[Signature]



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 08/28/2023

Quittance - Paiement espèces 0800760

IPP :

N° D'admission : 13/278472 Montant : 300 MB

Patient : EL GUIGER SADIH

Payé par :

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 09/08/2025

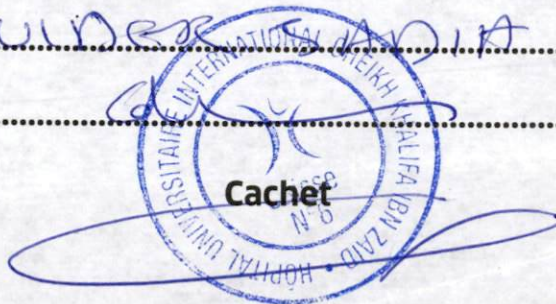
Quittance - Paiement espèces 0800778

IPP :

N° D'admission : 13028752 Montant : 300 DA

Patient : EL GUINER ANITA

Payé par :





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 08/08/2013

Quittance - Paiement espèces

0800926

IPP :

N° D'admission : 230272554 Montant : 1520H

Patient : EL GUIDER SADIA

Payé par :

Cachet

