

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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
Caseblanca 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

W21-833131

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12451 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Addakiri Elmechdi

Date de naissance : 31/03/2000

Adresse : Coopération Sahab, N°137, Seltat

Tél. : 06 28 58 82 63 Total des frais engagés : 1405.14 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 : Affection

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) :

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
19/12/23	Van F. L. L.	125	1405,74	Dr. AMI ALI Mehdi Urgentiste

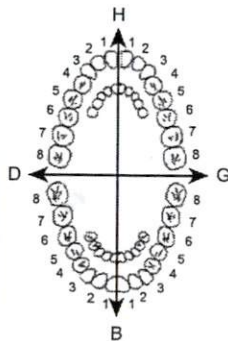
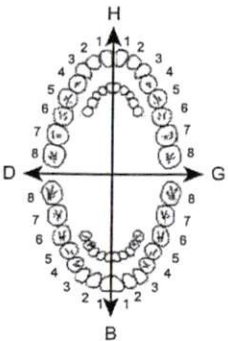
[illegible][illegible][illegible]

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.

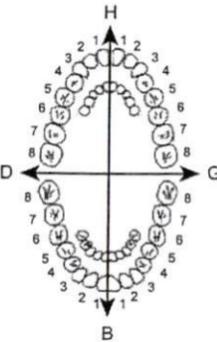
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX																								
																													
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D			B																									
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				Montant des Honoraires																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G	
	D	B	MONTANTS DES SOINS
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 179 319 / 2023 du 19/12/2023

Nom patient : ADDAKIRI ELMEHDI

Entrée 19/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE-DOPPLER SCROTALE	1,00		600,00	600,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0400	480,00	480,00
			Sous-Total	1 380,00
PHARMACIE	1,00		25,14	25,14
			Sous-Total	25,14
Total Frais Clinique				1 405,14

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE QUATRE CENT CINQ DIRHAMS QUATORZE CENTIMES

Total 1 405,14

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 405,14	1 405,14	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
e-mail: contact@fckm-hck.m
B.P. 82403 Oum Rabii

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ADDAKIRI ELMEHDI	N° Facture 179 319	2300797824
--------------------------------	--------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	1	14,08	14,08
Sous-Total médicaments			14,08
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,87	5,87
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26
Sous-Total consommable médical			11,06
	Total pharmacie		25,14

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
19/12/2023	2300797824	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
19/12/2023	2300797824	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	192,00
19/12/2023	2300797824	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
19/12/2023	2300797824	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
19/12/2023	2300797824	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
Total						480,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
e-mail: contact@hckm-hz.com



HÔPITAL UNIVERSIT
INTERNATIONAL CH
SOINS FORMATION

2300797824 / H0123010480
Prénom : ELMEHDI
Nom : ADDAKIRI
DDN : 31/03/2000 E: 19/12/2023
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

ICE DES URGENCES

قسم المستعجلات



2300797824 / H0123010480

Prénom : ELMEHDI

No : ADDAKIRI

DDN : 31/03/2000 E: 19/12/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

patient de 24 ans, admis aux urgences par
docteurs seroteles eugenes

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

Echo serotele

Echo-Doppler

Hopital Cheikh Khalifa
Tel: 05 29 05 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm-hck.ma
M° IND 00001253

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Dr. Mohamed El Zaid
090061862



CASABLANCA, le 19/12/2023

PATIENT : ADDAKIRI ELMEHDI

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echodoppler testiculaire**

IPP : **H0123010480**

DATE NAISSANCE : **31/03/2000**

NUMERO DOSSIER : **2300797824**

TECHNIQUE :

- Examen réalisé à l'aide d'une sonde de 5 et 7.5 mhz en mode B et en doppler couleur.

RESULTATS :

- **A gauche :**
 - Testicule de taille normale mesure 37 x 20 mm, de contours réguliers, bien vascularisé et d'échostructure homogène.
 - Epididyme de taille et d'échostructure normales.
 - Absence d'hydrocèle.
 - **Présence d'une dilatation serpentineuse des plexus veineux avec incontinence des vaisseaux du cordon spermatique comme en témoigne le tracé pulsé Doppler lors de la manœuvre de Valsalva avec Reflux < 2s, décroissant en Valsalva**
- **A droite :**
 - Testicule de taille normale mesure 35 x 20 mm, de contours réguliers, bien vascularisé et d'échostructure homogène.
 - Epididyme de taille et d'échostructure normales.
 - Absence d'hydrocèle.
 - Absence de varicocèle.

CONCLUSION :

- **Aspect écho-Doppler de varicocèle gauche avec incontinence des vaisseaux du cordon spermatique (grade II de Hirshen).**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

Dr. BENRAMI
Médecin Radiologue
INPE: 101250496





Coller Fiquette De BAF



2300797824 / H0123010480

Prénom : ELMEHDI

Nom : ADDAKIRI

DDN : 31/03/2000 E: 19/12/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☒ M ☐ F

• Hémato/Hémostase :

☒ NFS - Pq

☐ Groupage - Rhésus

☐ RAI

☐ TP - TCK

☐ INR

☐ D-DIMERES

• Bilan Infectieux

☒ CRP

☐ VS

☐ ECU

☐ 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 :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Ahmed Elmehtedi
Service des Urgences
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@fckm-hu-ic



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123010480

Date de naissance : 31/03/2000

Sexe : M

Date de l'examen : 19/12/2023

Prélevé le : 19/12/2023 à 00:09

Edité le : 19/12/2023 à 00:57

ADDAKIRI ELMEHDI

Dossier N° : 23124811K

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.30	$10^{12}/l$	4.28 - 6
Hémoglobine	:	15.6	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	43.6	%	39 - 53
VGM	:	82.3	fl	78 - 98
CCMH	:	35.8	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	29.4	pg	26 - 34

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	9.13	$10^3/mm^3$	4 - 11
P. Neutrophiles	:	44.1	%	4.03 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.4	%	0.13 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.7	%	0.06 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	45.0	%	4.11 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	8.8	%	0.80 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	224	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------

Hôpital Cheikh Khalifa
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@hck.ma
www.hck.ma

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

Le 19/12/2023 à 00:57

Signature

Mr. Maskaoui Brahim

1 / 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.



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123010480

Date de naissance : 31/03/2000

Sexe : M

Date de l'examen : 19/12/2023

Prélevé le : 19/12/2023 à 00:09

Edité le : 19/12/2023 à 00:57

ADDAKIRI ELMEHDI

Dossier N° : 23124811K

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.30	$10^{12}/l$		4.28 - 6
Hémoglobine	:	15.6	g/dl		13.0 - 18.0
Hématocrite	:	43.6	%		39 - 53
VGM	:	82.3	fl		78 - 98
CCMH	:	35.8	g/dl		31.0 - 36.5
TCMH	:	29.4	pg		26 - 34

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	9.13	$10^3/mm^3$		4 - 11
P. Neutrophiles	:	44.1	%	4.03 $10^3/mm^3$	1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.4	%	0.13 $10^3/mm^3$	0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.7	%	0.06 $10^3/mm^3$	< 0.11
Lymphocytes	:	45.0	%	4.11 $10^3/mm^3$	1.0 - 4.8
Monocytes	:	8.8	%	0.80 $10^3/mm^3$	0.18 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	224	$10^3/mm^3$		150 - 400
------------	---	-----	-------------	--	-----------

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 00 44 77
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hck.ma

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 19/12/2023 à 00:57

Signature

Mr. Maskoui Brahim

1 / 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.



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123010480

Date de naissance : 31/03/2000

Sexe : M

Date de l'examen : 19/12/2023

Prélevé le : 19/12/2023 à 00:09

Edité le : 19/12/2023 à 00:57

ADDAKIRI ELMEHDI

Dossier N° : 23124811K

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 ⁺)	:	141	mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K ⁺)	:	3.7	mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl ⁻)	:	105	mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	24	mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	85	g/L	64 - 83
CALCIUM	:	100	mg/L	85 - 101
URÉE	:	0.28	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	10.40	mg/L	7 - 13

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zair
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm-hck.ma

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

Le 19/12/2023 à 00:57

Signature

Mr. Maskoui 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.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 18/12/2023

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme ELMEHDI ADDAKIRI Le : 18/12/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleur Testiculaire

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

- RADIO
- ECHOGRAPHIE Echo-scrotale Echo-Popple
- SCANNER
- IRM
- AUTRES :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZA'ID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2312190318437510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300797824	ADDAKIRI ELMEHDI	19/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	008566	25,14
PAYANT	Total payé	25,14
VINGT-CINQ DIRHAMS QUAT		

Reçu établi par : HIC.ELAS

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 2312190114147510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300797824	ADDAKIRI ELMEHDI	19/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	008558	1 380,00
PAYANT	Total payé	1 380,00
MILLE TROIS CENT QUATRE		

Reçu établi par : HIC.ELAS



مركز النقدية

19/12/23

00:00:43

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000041010

APP : MASTERCARD

EL MODEN CHOROUK

xxxxxxxxxxxxx7224

04/27 CARTE NATIONALE

D2FC408E718745B9

220-0-9999-1-55

MONTANT: 1380,00 MAD

NUM TRANSACTION : 028

NUM AUTORISATION: 0J9250

STAN : 008558

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



مركز النقديات

SANS CONTACT



19/12/23

02:05:20

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

xxxxxxxxxxxxx7224

CARTE NATIONALE

D88B7FDECOCC707F

220-0-9999-1-55

MONTANT:

25,14 MAD

NUM TRANSACTION : 031

NUM AUTORISATION: 0Y8219

STAN : 008566

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT