

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0028788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8714 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHADIRI WAHID
Date de naissance : 05/05/68 Casa
Adresse : Lot Kalteam, Rue 3, N° 49 Californie Casa
Tél. : 0662.77.91.75 Total des frais engagés : 2942 + 318 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/2024
Nom et prénom du malade : EL BOU ASMAA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 19/01/2024

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 Paiement des Actes
11/01/2024	lecture	✓ n° 5706/2024	2942,61	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
<p>Chaque rd Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>PHARMACIE ROCHDI S. ALFIRMAQUE 4117 3 Hay Hassani - Casablanca Anfa 022 89.32.85</p>	<p>Date</p> <p>M / A / 2</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>318.80</p>

[illegible]

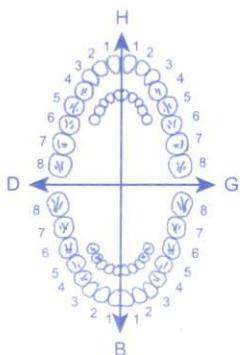
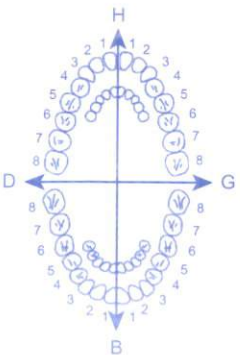
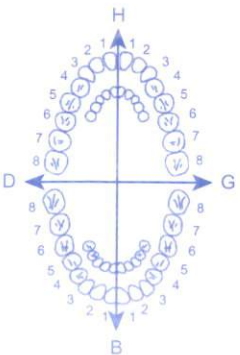
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div> <div style="margin-top: 10px;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<div style="text-align: center;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div>				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدواي الشرخ خليفة



PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaous
GH 4 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86



2400810811 / H0124001192

Prénom : ASMAA

Nom : ELBOU

DDN : 12/09/1970 E: 11/01/2024

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

Casablanca, le :



PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaous
GH 4 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

+ Nesfite 160 mg

PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaous
GH 4 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

NEOFORTAN® 160 mg

PPU 98DH80
EXP 08/2026
LOT 36028 1

SCp x 81 si douleur

+ IXOR 20 mg

PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaous
GH 4 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

IXOR® 20 mg 28

PPU 118DH50

PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaous
GH 4 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaous
GH 4 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

+ Cestof 300 mg Cp x 21

+ Carboverol 300 mg Cp x 21

Lot:
À consommer de
préférence avant le:
PPC: 79,50 DH

T: 318,80

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 5 706 / 2024 du 11/01/2024

Nom patient : ELBOU ASMAA

Entrée 11/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
UROSCANNER	1,00		2 000,00	2 000,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0490	588,00	588,00
			Sous-Total	2 888,00
PHARMACIE	1,00		54,61	54,61
			Sous-Total	54,61
Total Frais Clinique				2 942,61

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX MILLE NEUF CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES	Total 2 942,61

	Espèces		Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements	942,61		2 000,00		2 942,61	0,00

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

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

11/01/2024
19:14

Nom Patient : ELBOU ASMAA	Numéro dossier : 2400810811
----------------------------------	------------------------------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/01/2024	FLACON POUR URINE ECBU 60ML	1691056	1,00	2,34	2,34
11/01/2024	INTRANULE G 20	1691056	1,00	1,61	1,61
11/01/2024	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1691056	1,00	0,26	0,26
11/01/2024	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1691056	1,00	1,44	1,44
11/01/2024	SERINGUE 10ML	1691056	1,00	0,94	0,94
11/01/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1691056	1,00	5,87	5,87
11/01/2024	PARACETAMOL NORMON IG INJECTA (50)(1)	1691056	1,00	14,08	14,08
11/01/2024	SPASFON 40mg Injecta (06)(1)	1691056	1,00	4,35	4,35
11/01/2024	OMEPRazole N 40mg Injecta (50)(1)	1691056	1,00	23,72	23,72
Total pharmacie					54,61

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 80 44 77
E-mail: contact@hckm-hckm.m
No. 1000 0000 0000 0000

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
11/01/2024	2400810811	LIMS	Antibiogramme 1	1	1,20	72,00
11/01/2024	2400810811	LIMS	Bêta hCG Recherche qualitative	1	1,20	120,00
11/01/2024	2400810811	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
11/01/2024	2400810811	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
11/01/2024	2400810811	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
11/01/2024	2400810811	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
11/01/2024	2400810811	LIMS	Urines	1	1,20	108,00
				Total		588,00

Opriat Chelikh Khalifa Ibn Zair
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm-nekalim
No. 140 000000 140 000000



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

EL BOUASMAA

Casablanca le

11/01/2024

**BILAN
BIOLOGIQUE**

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Hémato/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 :

Beta h-CG

Signature et caché du médecin
Des urgences



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124001192

Date de naissance : 12/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 11/01/2024

Prélevé le : 11/01/2024 à 15:09

Edité le : 11/01/2024 à 16:51

Mme ELBOU ASMAA

Dossier N° : 24012869K

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné	
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Légèrement trouble	
EXAMEN CYTOLOGIQUE			
Leucocytes	:	$< 10^4/\text{ml}$	$< 10^4/\text{ml}$
Hématies	:	$70. 10^3/\text{ml}$	$< 10^3/\text{mL}$
Cellules épithéliales	:	Quelques	
Autres cellules	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Eléments fongiques	:	Absence	
CULTURE			
Culture	:	En Cours	
COMMENTAIRE	:	En Cours	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@hckm-hck.ma

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

Le 11/01/2024 à 16:51

Signature

MOUKHLISS Amal

3 / 3

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
HUICK

SERVICE DES URGENCES

قسم المستعجلات

feuille De BAF



2400810811 / H0124001192
Prénom : ASMAA

Nom : ELBOU

DDN : 12/09/1970 E: 11/01/2024
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Goutteuse Nephrologie etc

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : l'os x

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences



CASABLANCA, le 11/01/2024

PATIENT : **ELBOU ASMAA**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Uro-scanner**
IPP : **H0124001192**
DATE NAISSANCE : **12/09/1970**
NUMERO DOSSIER : **2400810811**

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par un scanner multibarette, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques avec reconstruction

RESULTATS :

1/ Le haut appareil :

- **A droite:**
 - Rein de taille normale, de contours réguliers, bien différencié.
 - Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'image de lithiase rénale ou urétérale.
 - Absence de collection péri-rénale.
- **A gauche :**
 - Rein de taille normale, de contours réguliers, bien différencié.
 - Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'image de lithiase rénale ou urétérale.
 - Absence de collection péri-rénale.

2/ Le bas appareil :

- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- **Par ailleurs :**
 - Absence d'anomalie de morphologie ou de densité du foie, de la rate et du pancréas.
 - Absence d'adénopathie profonde ou d'épanchement abdomino-pelvien.

CONCLUSION :

- **Uroscanner sans anomalie.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**

Dr. BENRAMI MOHAMMED
Médecin Radiologue
INPE: 101250496



SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 11-01-2024

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme EL BIEU ASMAA Le 11/01 / 2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Douleur Abdominale

Patient(e) a bénéficié d'un :

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

- RADIO
- ECHOGRAPHIE
- SCANNER UR & Scanner
- IRM
- AUTRES :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

