

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 8714

Actif Pensionné(e)
Nom & Prénom : KHADIRI WAHID

Date de naissance : 05/10/68 Casa
Adresse : Lot Kaltaam, Rue 3, N° 49 California 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 BACHIR ASMAA Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Onyx

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : C

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1702

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 : Casa Blanca Le : 11/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Allal Ben Abdellah

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHDI Résidence Al Firdaus Ghazouia A117 N°3 Oujda Tél: 022 89 32 86	M/24	318.80

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

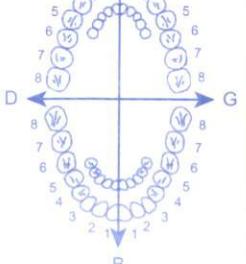
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 00000000	G 21433552 00000000 00000000
D 35533411	B 11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

PHARMACIE ROCHDI

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



2400810811 / H0124001192

المستشفى الجامعي
ال陛下 الشريخ خذابفة



PAYANT
Sexe: F

✓
22,00

Casablanca, le :

Prénom : ASMAA

Nom : ELBOU

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

Service : URGENCES (NA)



✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

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

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

E-mail : contact@cheikhkhalifa.dz
 Fax : 05 29 03 53 45
 Tel: 05 29 03 53 45
 Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

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 1G 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
E-mail : contact@fcckm-hkz.ci
Fax : 05 29 80 44 77
Tel : 05 29 03 53 45

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

2169363

2400810811

11/01/2024

19:14

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	Urides	1	1,20	108,00
				Total		588,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 00 44 77
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fkml-hekma.org



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

: EL BOUAGHMAA

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 Hépato-pancréatique :

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

• Bilan cardiaque :

- Troponines
 BNP

Autres :

B. Et₂ h-c.c.

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

Édité 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

email : contact@hck-m-hk.men
Fax : 05 29 00 44 77
Tél : 05 29 03 53 45
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd

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.



Nette 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:

Cole due Neph - Grade 3te

• RADIO STANDARD :

FACE

PROFIL

.....

• ECHOGRAPHIE :

Capital Cheikh Khalifa Ibn Zayed
E-mail : contact@ckim-hick.ae
Tel: +971 2 29 03 53 45
Fax : +971 2 29 00 44 77

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Signature et caché du médecin des
urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Ibn Zayed



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
 INPB: 101250496

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fclm.ma

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 11-01-2024

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme EL BIJRI 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 DR de l'urine
- IRM
- AUTRES :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin