

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.

193629

resultat
A/V

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	601	Société :	RAM RETRAITE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANNAOUN ABDELLACI
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
ANNAOUN ABDELLACI		1-1-1947	
Adresse :		108 Rue des Bleuets (705KELCICE)	
Boulevarde (Hay erraha)		Tél. : 076 86 56 797 Total des frais engagés : 804,00 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 : Prostate

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 Paiement des Actes
08/01/2011	CS			

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

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 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		Coefficient DES TRAVAUX
	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

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050495

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Tél: 05 20 61 61 85 09 62 61 85	09/07/2024	B670xP	804,00 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
00000000	35533411	11433553
B	G	

[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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

8/9/24

N^R ANOIN Abdelali

1/ NBS, phgt

2/ Uree, crat

3/ EEBIJ

4/ TDP, TCA

5/ Pst

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 05 02 33
Email : abno@fctrc.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr MEDOUAT Abdeljalil
Directeur de Spécialité : Néurologie



Reçu de caisse

N° : 24010909442507901 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400809260	ANOUN ABDELALI	09/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14296	804,00
PAYANT	Total payé	804,00
HUIT CENT QUATRE DIRHAM		

Reçu établi par : SAL.JAR

Autres détails : Virement au compte de retraitant
Date : 09/01/2024 à 09:05:02:33
E-mail : labo@idkms.com.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 4 109 / 2024 du 09/01/2024

Nom patient : ANOUN ABDELALI

Entrée 09/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0670	804,00 Sous-Total	804,00 804,00
Total Frais Clinique				804,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT QUATRE DIRHAMS

Total 804,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	804,00	804,00	0,00

570107/PV/taibo/val de referent
Tél : 05 29 03 53 45 02.33
E-mail : taibo@fckel.com.ma

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

ANOUN ABDELALI

2400809260

09/01/2024

09:45

Date		Prestation	Cotation	PU	Montant
09/01/2024	Laborato	NFS - Numération formule sanguine + plaq	B 80	1,20	96,00
09/01/2024	Laborato	Urée	B 30	1,20	36,00
09/01/2024	Laborato	Antibiogramme 1	B 60	1,20	72,00
09/01/2024	Laborato	Créatinine sanguine	B 30	1,20	36,00
09/01/2024	Laborato	PSA totale (Antigène spécifique prostate	B 300	1,20	360,00
09/01/2024	Laborato	Temps de céphaline active	B 40	1,20	48,00
09/01/2024	Laborato	Taux de Prothrombine (TP) +INR	B 40	1,20	48,00
09/01/2024	Laborato	Uries	B 90	1,20	108,00
				Sous Total	804,00
				Total	804,00

Service de Laboratoire de Référence
 tél : 02 29.01.02.33
 mail : labo@fcam.fr



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124000284

Date de naissance : 01/01/1947

Sexe : M

Date de l'examen : 09/01/2024

Prélevé le : 09/01/2024 à 10:36

Edité le : 10/01/2024 à 13:28

ANOUN ABDELALI

Dossier N° : 24012205K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HEMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.71	10 ¹² /l	4.08 - 5.6
Hémoglobine	:	17.7	g/dl	12.9 - 16.7
Hématocrite	:	51.5	%	38 - 49
VGM	:	90.2	fl	83 - 97
CCMH	:	34.4	g/dl	32.3 - 36.1
TCMH	:	31.0	pg	27.8 - 33.9

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.99	10 ³ /mm ³	3.8 - 10.0
P. Neutrophiles	:	59.4	%	4.75 10 ³ /mm ³ 1.6 - 5.9
P. Eosinophiles	:	4.4	%	0.35 10 ³ /mm ³ 0.03 - 0.50
P. Basophiles	:	0.9	%	0.07 10 ³ /mm ³ < 0.09
Lymphocytes	:	25.0	%	2.00 10 ³ /mm ³ 1.07 - 4.10
Monocytes	:	10.3	%	0.82 10 ³ /mm ³ 0.23 - 0.71

PLAQUETTES

Plaquettes	:	347	10 ³ /mm ³	140 - 385
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

TAUX DE PROTHROMBINE

Le 10/01/2024 à 13:28
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Dr YAHYAOUI Anass

Biologie

107165797

Belabbes Houria

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr BELABBEES Houria

Biologie

097161228

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 : H0124000284

Date de naissance : 01/01/1947

Sexe : M

Date de l'examen : 09/01/2024

Prélevé le : 09/01/2024 à 10:36

Édité le : 10/01/2024 à 13:28

(Chronométrie - photométrie / Sysmex)

TQ	:	12.0	sec.	
TP	:	85.5	%	70 - 100
INR	:	1.08		

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	:	26.9	sec.	
TCA sujet / TCA témoin	:	0.95		< 1.2

BIOCHIMIE SANGUINE

IONOGRAMME

URÉE	:	0.38	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	9.59	mg/L	7 - 13

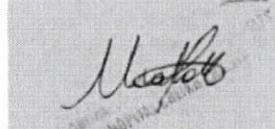
MARQUEURS TUMORAUX

PSA TOTAL	:	1.07	ng/ml	< 4.0
(Chemiluminescence / Architect Ci4100)				

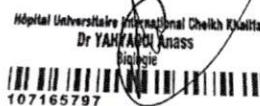
Note : le toucher rectal, le massage prostatique, une biopsie, augmentent transitoirement les taux du PSA

Le 10/01/2024 à 13:28
Signature

Dr. Snoussi Malak



Pr. YAHYOUI ANASS



Belabbes Houria



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.

2 / 3



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124000284

Date de naissance : 01/01/1947

Sexe : M

Date de l'examen : 09/01/2024

Prélevé le : 09/01/2024 à 10:36

Édité le : 10/01/2024 à 13:28

ANOUN ABDELALI

Dossier N° : 24012205K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



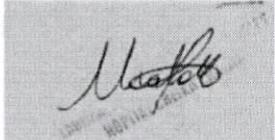
BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Clair
EXAMEN CYTOLOGIQUE		
Leucocytes	:	< 10^4/ml < 10^4/ml
Hématies	:	< 10^3/ml < 10^3/mL
Cellules épithéliales	:	Absence
Autres cellules	:	Absence
Cylindres	:	Absence
Cristaux	:	Absence
Eléments fongiques	:	Absence
CULTURE		
Culture	:	Positive < au seuil significatif
Numération des germes	:	< 10^3 UFC/ml
COMMENTAIRE	:	Absence d'arguments microbiologiques en faveur d'une infection et/ou d'une colonisation urinaire.

Le 10/01/2024 à 13:28
Signature

Dr. Snoussi Malak



Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Dr YAHYAOUI Anass

Biologie



107165797

Belabbes Houria

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Pr BELABBES Houria

Biologie



097161228

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

SUINS FORMATION RECHERCHE

Horaire

Lundi-Vendredi(07h30 à 19h00)

Samedi (07h30 à 16h00)

Service standard : +212 529 00 44 77

Email : labohck@hck.ma

Externe

Salle de prélevement

Dossier : 24012205K

Dossier : 24012205K

de : ANOUN ABDELALI

IPP : H0124000284 Date de naissance : 01/01/1947

Analyses : NFS - Numération formule sanguine + plaquettes - Temps de céphaline active - Taux de Prothrombine (TP) +INR - Créatinine sanguine - Urée - PSA totale (Antigène spécifique prostate total) - Antibiogramme 1 - Urines



09/01/24 09:39:01
9900398026
93980201
HOP CHEIKH KHALIFA G10
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
ANOUN ABDELALI
xxxxxxxxxxxxx8504
11/24 CARTE NATIONALE
53844D982B53A9FA
221-0-9999-1-44

MONTANT: 804,00 MAD
NUM TRANSACTION : 008
NUM AUTORISATION: 571403
STAN : 014296

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT