

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0050492

193629

resultat
A-10/11

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 601 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : ANOAN ABDECAI
Date de naissance : 1-1-1947
Adresse : 108 Rue des Benets (Nakelice)
Beausseim (Hayemara)
Tél : 076 86 56 297 Total des frais engagés : 800,00 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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

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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

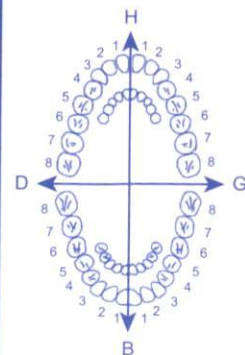
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(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

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0050495

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ 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 : ☐ 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 :

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

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

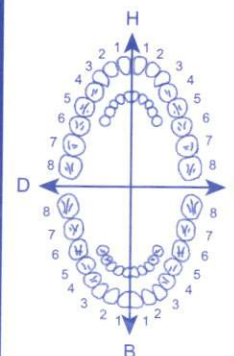
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE

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

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

8/7/24
NR ANOUM Abdelali

- 1/ NBS, phc
- 2/ Uue, cat
- 3/ EEBIJ
- 4/ 7D, TCA
- 5/ PSA

Laboratoire National de Biologie
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labn@hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr HEDOAT Abdeljalil
Directeur de Spécialité - Biologie

Reçu de caisse

N° : 2401090944250790 / 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 : SALJAR

2401090944250790
Téléphone : 29.05.02.33
E-mail : labo@icm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 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	804,00
			Sous-Total	804,00
Total Frais Clinique				804,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	804,00
HUIT CENT QUATRE DIRHAMS		

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

Signature du Responsable
 09/01/2024 02:33
 Email: info@hkhz.gov.ma

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

Centre de Référence
Tél : 05 29 01 02 33
mailto:info@icm.ma



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



HÉMATOLOGIE 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

Dr. Snoussi Malak

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUI ANASS
Biologie
107165797



Belabbes Houria

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BELABDES 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

Edité le : 10/01/2024 à 13:28

ANOUN ABDELALI

Dossier N° : 24012205K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



(Chronométrie - photométrie / Sysmex)

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

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	:	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. YAHYAOUÏ ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUÏ ANASS
Biologie



Belabbes Houria

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BELABDES Houria
Biologie



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

Edité 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. YAHYAOUÏ ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUÏ ANASS
Biologie
107165797

Belabbes Houria

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BELABBES Houria
Biologie
097101228

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.



Horaires

Lundi-Vendredi(07h30 à 19h00)

Samedi (07h30 à 16h00)

Service standard : +212 529 00 44 77

Email : labohck@hck.ma

Externe

Salle de prélèvement

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



مركز التبادلات

09/01/24 09:39:01

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

ANOUN ABDELALI

xxxxxxxxxxxx8504

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