

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 0044751

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3456 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAMANE Abdelhak

Date de naissance : 20/06/1956 à Casa

Adresse : 7, Rue 67 Hay My ABDELLAH

Tél. : 0698953570

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 de longue durée

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 02/02/24 | 58.50 |

[illegible][illegible]

VOILE ADHERENT

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 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

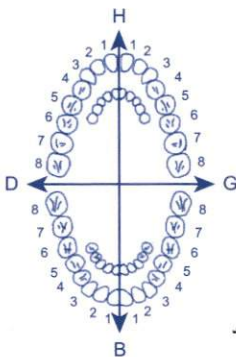
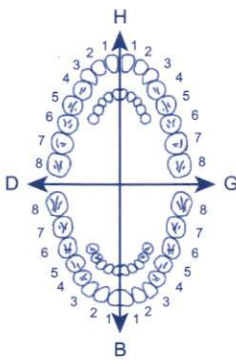
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div>G</div><div>B</div></div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | DATE DU DEVIS | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكون بحث



وصفة طبية
Ordonnance

02/02/2024

Casablanca, le :

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd Taza Hay Mly Abdellah - 9
Tél : 05 22 21 59 66

Am
A. Meou Abdelhak

58.50

hydroxo 5000 **S.V**

nyarox
HYDROXOCOBALAMINE BASE
PPV 58DH50

1 ig IM / 2 mois

a Renard

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégée NOUAMA BOUANANI
Hématologie clinique
091183061

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **4010872**

Analyses effectuées le: 08/01/2024

Pour.....: **Mr. NAAMANE ABDELHAK**

Sur prescription du: Dr BOUANANI NOUAMA

Code.....: 1CB4449



Organisme.....:

Bilan:

NFS PQ

Cotation : (B 80)

Montant Net : 132.20 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT TRENTE DEUX Dhs 20 Cts





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Noumane alabellhok

NFS

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
1, Bd. Med.V - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 40 30

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégée NOUAMA BOUANANI
Hématologie clinique
091783061

F A C T U R E

N° 18 113 / 2024 du 02/02/2024

Nom patient : NAAMANE ABDELHAK

Entrée 02/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/02/2024

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULTATION D'HEMATOLOGIE | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

| | |
|---|--------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| TROIS CENTS DIRHAMS | Total 300,00 |
| | |

| | | | | | | |
|---------------|--|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
| | | | 300,00 | | 300,00 | 0,00 |



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240202094809RA / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|------------------|-------------------|
| 2400823323 | NAAMANE ABDELHAK | 02/02/2024 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 001838 | 300,00 |
| | Total payé | 300,00 |

Reçu établi par :RADJOU

HEMATOLOGIE

| Analyses | Résultats | Normes |
|----------------------------------|-----------|---------------------|
| NUMERATION GLOBULAIRE | | |
| Globules rouges..... | 5.0 | M/μl 14.5-18.5 |
| Hémoglobine..... | 14.6 | g/dl 13.5-18.5 |
| Hématocrite..... | 44 | % 40-54 |
| V.G.M..... | 88 | fL 85-105 |
| T.C.M.H..... | 29 | pg 27-32 |
| C.C.M.H..... | 33 | % 32-44 |
| Globules blancs..... | 7500 | /μl 4.000-11.000 |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | | |
| Polynucléaires Neutrophiles..... | 75 | % 50-70 |
| soit..... | 5625 | /μl 2500-7000 |
| Lymphocytes..... | 17 | % 20-40 |
| soit..... | 1275 | /μl 1000-3500 |
| Monocytes..... | 7 | % 2-10 |
| soit..... | 525 | /μl 0-700 |
| Polynucléaires Eosinophiles..... | 1 | % 1-5 |
| soit..... | 75 | /μl 0-500 |
| Polynucléaires Basophiles..... | 0 | % 0-2 |
| soit..... | 0 | /μl 0-300 |
| Plaquettes..... | 213.000 | /μl 150.000-400.000 |

LABORATOIRE

Mohammed V

BIC

1. Bd Mohammed V

Tél. : 05 2

Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر معمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALE

Prélèvement du : 08/01/2024

Heure : 07:45

Edition du : 08/01/2024

Référence 40108T272

du : 08/01/2024

Code Patient 1CB4449

Mr. NAAMANE ABDELHAK

Matricule :

Médecin: Dr. BOUANANI NOUAMA

HEMATOLOGIE

| Analyses | Résultats | Normes | Antécéd |
|-----------------------------------|-----------|------------|----------------------------|
| NUMERATION GLOBULAIRE | | | |
| Globules rouges.....: | 5.0 | M/ μ l | (4.5 à 6.5) 4.8 (14) |
| Hémoglobine.....: | 14.6 | g/dl | (13.0 à 18.0) 14.0 (14) |
| Hématocrite.....: | 44 | % | (40 à 54) 42 (14) |
| V.G.M.....: | 88 | fl | (85 à 100) 88 (14) |
| T.C.M.H.....: | 29 | pg | (27 à 32) 29 (14) |
| C.C.M.H.....: | 33 | % | (32 à 36) 33 (14) |
| Globules blancs.....: | 7500 | / μ l | (4 000 à 11 000) 7700 (14) |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | | | |
| Polynucléaires Neutrophiles.....: | 75 | % | 62 (14) |
| soit.....: | 5625 | / μ l | (2000 à 7500) 62 (14) |
| Lymphocytes.....: | 17 | % | 31 (14) |
| soit.....: | 1275 | / μ l | (1500 à 4000) 31 (14) |
| Monocytes.....: | 7 | % | 6 (14) |
| soit.....: | 525 | / μ l | (200 à 800) 6 (14) |
| Polynucléaires Eosinophiles.....: | 1 | % | 1 (14) |
| soit.....: | 75 | / μ l | (< à 400) 1 (14) |
| Polynucléaires Basophiles.....: | 0 | % | 0 (14) |
| soit.....: | 0 | / μ l | (< à 400) 0 (14) |
| Plaquettes.....: | 213.000 | / μ l | 150 000/450 000 51.000 |



مركز النقديات

ACHAT

02/02/24

09:47:43

9900964876

99648701

HOP CHEIKH KHALIFA M3

Casablanca

A0000000041010

*****6609

MASTERCARD

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-55

MONTANT :

300.00 MAD

Num Transaction

: 002

Num Autorisation

: 0C2591

STAN

: 001838

TICKET CLIENT