

# 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.

## Pathologie 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèse :

- 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Déclaration et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Adresse : 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° P19-0021788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 569 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LACHGUAR Date de naissance : 01.01.1945  
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 :  
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) :



# 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
08/07/19			600	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/07/19	Bosse-p	660,00

## 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

8/11/19

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Redouane RABII  
Urologie - Transplantation rénale



INF: 031437793

Handwritten notes and signatures in blue ink, including "MR", "cyr", and "HBL".

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Redouane RABII  
Urologie - Transplantation rénale



INF: 031437793



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

LA GHZAM (طبيب)

CRD

ECB - ATP

P/A

Hôpital Cheikh Khaïra Ibn Zaid  
Prof. Redouane RABII  
Urologie - Transplantation rénale  
Tél: 091037785

Laboratoire National de Recherche  
Tél : 05 29 06 02 33  
E-mail : labo@cnr-hck.ma



DOSSIER D'ANESTHESIE

09/07 2019

IDENTITE :

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

Nom : LACH GUAR Prénom : Houssine Age : 74 ans  
IPP : H0114020194 Service : CPA

INTERVENTION

Consentement

ANTÉCÉDENT :

Médicaux :

- ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Cardiopathie  
☐ Atopie ☐ Dyspnée  
☐ Asthme ☐ Angor  
○ Ischémique : .....  
○ HTA : .....  
○ Valvulaire : .....  
○ Autres : .....  
☐ AVC ☐ BPCO : .....  
☐ Epilepsie ☐ Tuberculose  
☐ Diabète ☐ Autres : .....  
☐ Transfusion ☐ Epigastralgies

Chirurgicaux :

Type d'intervention	Année	Anesthésie	Incidents
RA			

Toxique :

- ☒ Tabac ☐ Depuis ☒ Sevré : ☐ Oui ☐ Non  
☐ Alcool ☐ Autres : ..... 38

Gynécologiques :

G : ..... P : ..... Ev : ..... DDR : .....  
Grosse en cours : ☐ Non ☐ Oui  
Contraception : ☐ Non ☐ Oui, laquelle : .....  
Ménopause : ☐ Non ☐ Oui

Examen :

État général :

Poids : 69 kg Taille : 1.71  
BMI : .....  
État général : .....  
☒ Bon ☐ Moyen ☐ Altéré

Dénutrition ☐ Oui ☒ Non  
Capital Veineux ☒ Bon ☐ Mauvais

Traitement en cours :

Médicament(Présentation)	Famille	Posologie
RA		

Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire

89 Dyspnée (NYHA) : .....  
129/54 Tolérance à l'effort : ..... (MET)  
ECG : .....  
Auscultation : .....  
Auscultation des carotides : .....  
Saturation SpO2 : 99 ECG : .....  
Poumon : .....  
Cœur : FE : .....

Intubation

Mallampati : ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV  
OB : ☐ < 3.5 cm ☒ > 3.5 cm  
DMT : ☐ < 6.5 cm ☒ > 6.5 cm  
Nuque : .....  
Dentition : .....  
Mandibule : .....  
Prothèse dentaire : ☒ Oui ☐ Non  
Conclusion : .....

Examen neurologique

GCS : 15/15  
Déficit moteur : .....  
Déficit sensitif : .....  
Pupilles : .....  
Douleur et EVA : .....  
Sites ALR : .....  
Abdomen : .....  
Autres : .....

Conclusion :

ASA I Nal II NYHA II

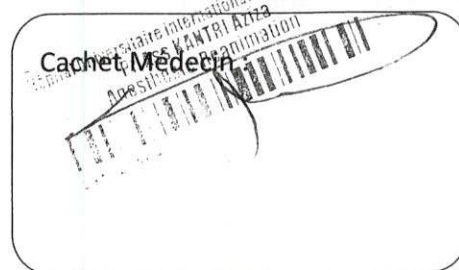
# Bilan Biologique

NA		Gly		GB	24/5/	TP	24/5/	ECBU	Negatif
K		GPP		Pla	24/5/	INR	24/5/		
CA				Hb	11.1	TCA	1.1		
Urée				Hte					
Créat									

## Conclusion :

- ☐ A revoir avec
- ☒ Bilan + *AVK Cardio*
- ☐ Avis Cardio
- ☒ Autres : .....

☒ OK pour anesthésie et intervention le .../.../.....



## Préparation :

## Prémédication :

## Monitoring prévu

## ASA

### Transfusion :

- ☐ Transfuser pré-op : .....
- ☐ Prévoir DDS Pour chirurgie
- o CGR :
  - o PFC :
  - o Culot PQ :

### Anesthésie

- ☐ AG
- ☐ Intubation
- ☐ Masque laryngé
- ☐ APD
- ☐ ALR
- ☐ Sédation

### Antibioprophylaxie

.....

.....

## Intubation difficile

## Ventilation

## Estomac plein

## Risque Thromboembolique

## NVPO

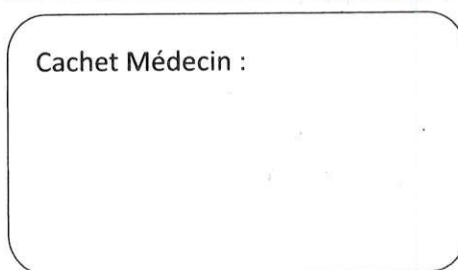
## Classe d'Altemeier

Médicament	Continuer	Arrêter	heures avant intervention
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:

## VISITE PRE ANESTHESIQUE

Le ...../...../.....

Cachet Médecin :



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 84 780 / 2019 du 08/07/2019

Nom patient : LACHGUAR HOUSSINE

Entrée 08/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0550	660,00	660,00
			Sous-Total	660,00
Total Frais Clinique				660,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total 660,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			660,00		660,00	0,00

  
 Laboratoire Central de Référence  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 22 89 28 54  
 N° INP 090061862, N° ICE 001740003000026



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 1907081050175860. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900085436	LACHGUAR HOUSSINE	08/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6501	660,00
PAYANT	Total payé	660,00
SIX CENT SOIXANTE DIRHA		

Reçu établi par : NIS.SAO

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 09 02 33  
E-mail : lab-nat-hck-ma



Centre  
Monétique  
Interbancaire

08/07/19 10:50:55  
9900397747  
93977401  
HOP CHEIKH KHALIFA G1  
Casablanca

A0000000032010  
APP : VISA  
M HOUSSINE LACHGUAR  
xxxxxxxxxxxx4892  
11/19 CARTE NATIONALE  
9B649ABE8C7CE556  
621-0-9999-1-44

MONTANT: 660,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004  
NUM AUTORISATION: 744315  
STAN : 006501

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

Identifiant du patient : H0119020194

Date de naissance : 01/01/1945

Sexe : M

Date de l'examen : 08/07/2019

Prélevé le : 08/07/2019 à 10:59

Edité le : 15/07/2019 à 08:45

**LACHGUAR HOUSSINE**

**Dossier N° : 19071506**

**Docteur RABII REDOUANE**

**Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT**

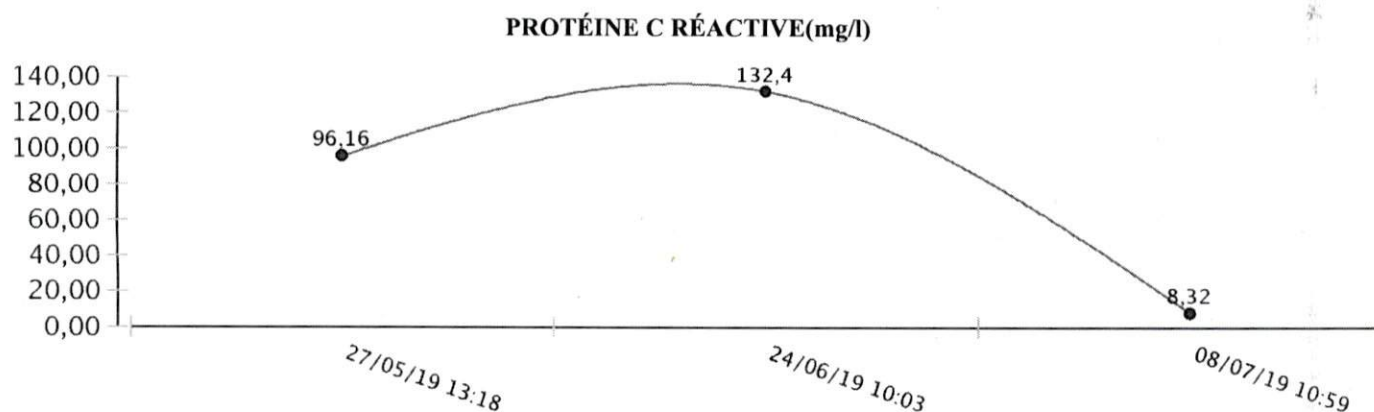


## CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

**PROTÉINE C RÉACTIVE** : **8.32** mg/l < 8 132.40 mg/l  
(Immunoturbidimétrie / Architect Ci4100) (24/06/2019)

< 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.  
1-3 mg/l : risque modéré.  
> 3 mg/l : risque élevé.  
> 10 mg/l : processus inflammatoire actif



## MARQUEURS TUMORAUX

Échantillon primaire: Sérum

**PSA TOTAL** : **15.05** ng/ml < 4.0 13.41 ng/ml  
(Chemiluminescence / Architect Ci4100) (24/06/2019)

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

Le 15/07/2019 à 08:45

Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

Dr. Imane SMIYEJ

Médecin Biologiste

Belabbes Houria

Pr. H. BELABDES.

*Bel*

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence  
Tel : 05 22 05 02 33

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
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.

Identifiant du patient : H0119020194

Date de naissance : 01/01/1945

Sexe : M

Date de l'examen : 08/07/2019

Prélevé le : 08/07/2019 à 10:59

Edité le : 15/07/2019 à 08:45

**LACHGUAR HOUSSINE**

**Dossier N° : 19071506**

**Docteur RABII REDOUANE**

**Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT**



## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

Échantillon primaire: Urines

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Modalité de prélèvement : non précisé

Aspect : Clair

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :  $< 10^4/\text{ml}$   $< 10^4/\text{ml}$   $< 10^4/\text{ml}$

Hématies :  $2.10^3/\text{ml}$   $< 10^3/\text{mL}$  (24/06/2019)  
2.  $10^3/\text{ml}$

Cellules pavimenteuses : Absence

Cellules rondes : Absence

Autres cellules : Absence

Cylindres : Absence

Cristaux : Absence

Éléments fongiques : Absence

#### CULTURE

Culture : Polymicrobienne

#### COMMENTAIRE

: Culture polymicrobienne en faveur d'une contamination. Leucocyturie non significative. Prélèvement à refaire.

Le 15/07/2019 à 08:45

Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

Dr. Imane SMIYEJ

Médecin Biologiste

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

*Bel*

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
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.



Identifiant du patient : H0119020194

Date de naissance : 01/01/1945

Sexe : M

Date de l'examen : 08/07/2019

Prélevé le : 08/07/2019 à 10:59

Edité le : 15/07/2019 à 08:45

**LACHGUAR HOUSSINE**

**Dossier N° : 19071506**

**Docteur RABII REDOUANE**

**Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT**



## EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES DE CONTRÔLE

Échantillon primaire: Urines

### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes : < 10<sup>4</sup>/ml < 10<sup>4</sup>/ml

Hématies : < 10<sup>3</sup>/ml < 10<sup>3</sup>/mL

Cellules pavimenteuses : Absence

Cellules rondes : Absence

Autres cellules : Absence

Cylindres granuleux : Absence

Cylindres leucocytaires : Absence

Autres cylindres : Absence

Cellules épithéliales : Absence

Cristaux PAM : Absence

Autres cristaux : Absence

Éléments fongiques : Absence

### CULTURE

Culture : Négative

Numération des germes : <10<sup>3</sup> UFC/ml

Le 15/07/2019 à 08:45

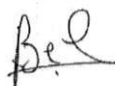
Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa  
Dr. Imane SMIYEJ  
Médecin Biologiste

Belabbes Houria

Pr. H. BELABES.



Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
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.

## F A C T U R E

N° 85 496 / 2019 du 09/07/2019

Nom patient : LACHGUAR HOUSSINE

Entrée 09/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	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					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862