

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.

Médecine 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.

Education :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Siège social : 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 : 01.04.1945

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /



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
08/07/19	08/07/19	08/07/19	60	Hôpital Cheikh Khaïfa Prof. Rechdi Urologie - Transplantation rénale INP: 091037785

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	E-mail : contact@hkmc.ma N°INP: 00061862	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire National de Recherche	08/07/19	3050.-D	660,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

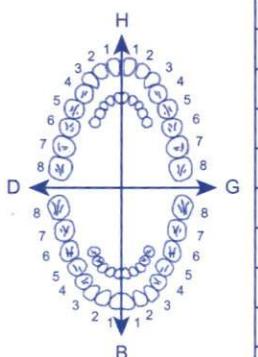
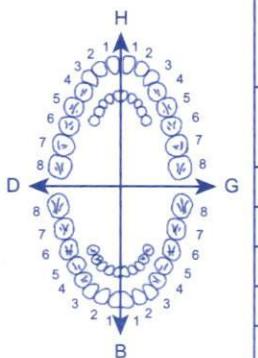
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	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'

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

8/7/19

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale



0910377780

Mr de mes lecs
cogn

N HBL
S. P.

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیفة
عاجل تکونیت بحث

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale
Casablanca, le :
INF: 091057785

وصفة طبية •
Ordonnance

LA GHZAM (جذام)

CRP

Le 08.01.2018

P/S

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale
INF: 091057785

E-mail : labo@cmr-hck.ma
Tel : 0529.05.02.33
Laboratoire National de Casablanca

DOSSIER D'ANESTHESIE

09/07/2019

DENTITE :

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

Nom : LACH GUAR Prénom : HOUSSEINE Age : 74 ans
IPP : HU19020194 Service : CPA

INTERVENTION

HBP (Vapomax)

Consentement

ANTÉCÉDENT :

Cardiaques :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse | <input type="checkbox"/> Cardiopathie |
| <input type="checkbox"/> Atopie | <input type="checkbox"/> Dyspnée |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Angor |
| o Ischémique : | |
| o HTA : | |
| o Valvulaire : | |
| o Autres : | |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> BPCO : |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Epigastralgies |

Chirurgicaux:

Type d'intervention	Année	Anesthésie	Incidents

Toxiques :

Tabac Depuis Sevré : Oui Non *à 38*

Alcool Autres :

Gynécologiques :

G : P : Ev : DDR :

Grosse en cours : Non Oui

Contraception : Non Oui, laquelle :

Ménopause : Non Oui

Examen :

Stat général :

Poids : 65 kg Taille : 1.71

BMI :

Etat général :

Bon Moyen Altéré

Dénutrition Oui Non

Capital Veineux Bon Mauvais

Traitements en cours :

Médicament(Présentation)	Famille	Posologie
<i>RDS</i>		

Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire

RR : 89 Dyspnée (NYHA) :

Tolérance à l'effort : *TMET*

RR : ECG :

Auscultation :

Auscultation des carotides :

SpO2 : 99 ECG :

poumon :

ho Coeur : 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 :

Inclusion : *ASA II*

RR : 89 NYHA : I

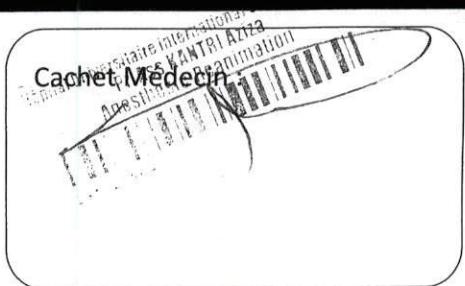
Bilan Biologique

NA		Gly		GB	<i>Moy</i>	TP	<i>dou</i>	ECBU	<i>Négatif</i>
K		GPP		Plaq	<i>150</i>	INR			
CA				Hb	<i>11</i>	TCA	<i>11</i>		
Urée				Hte					
Créat									

Conclusion :

- A revoir avec
 Bilan + *Autre cardio*
 Avis Cardio
 Autres :

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



Préparation :

Prémédication :

Monitorage 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

Intubation difficile

Ventilation

Antibioprophylaxie

Estomac plein

Risque Thromboembolique

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

VISITE PRE ANESTHESIQUE

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

Cachet Médecin :

NVPO

Classe d'Altemeier

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 Sous-Total	660,00 660,00
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

E-mail : m-hkma@chm-hkma.ma
Tél : 0229.02.02.33
Ecole d'Ingenierie de Rabat
CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
Hay Hassani 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

E-mail : nis.sao@cheikh-khalifa-hd.ma
TEL : 0529.09.02.33
Laboratoire de Médecine de Reference

Centre
Monétique
Interbancaire

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

A0000000032010
APP : VISA
M HOUSSINE LACHGUAR
xxxxxxxxxxxxx4892
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



Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

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

Édité le : 15/07/2019 à 08:45

LACHGUAR HOUSSINE

Dossier N° : 19071506

Docteur RABII REDOUANE

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



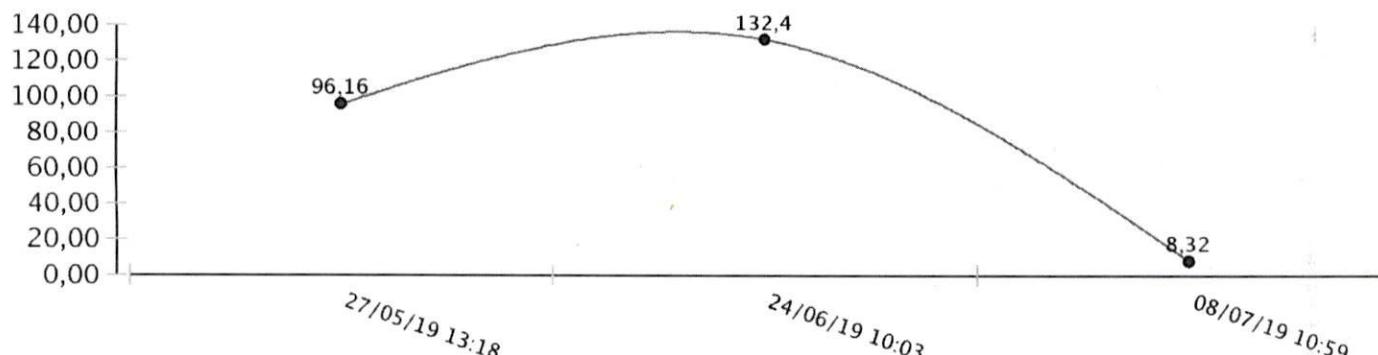
CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

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

< 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

PROTÉINE C RÉACTIVE(mg/l)



MARQUEURS TUMORAUX

Échantillon primaire: Sérum

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

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. BELABBES.

Bel

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence
Tel: 0529 050233
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb 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.

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

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

Édité 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

: non précisé

Modalité de prélèvement

Aspect : Clair

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	: < 10 ⁴ /ml	< 10 ⁴ /ml	< 10 ⁴ /ml
------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------

Hématies	: 2.10 ³ /ml	(24/06/2019)	2. 10 ³ /ml
----------	-------------------------	--------------	------------------------

Cellules pavimenteuses	: Absence	(24/06/2019)
------------------------	-----------	--------------

Cellules rondes	: Absence
-----------------	-----------

Autres cellules	: Absence
-----------------	-----------

Cylindres	: Absence
-----------	-----------

Cristaux	: Absence
----------	-----------

Eléments 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

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Fadwa
Médecin Biologiste

Le 15/07/2019 à 08:45
Signature
Dr. OUSTI Fadwa
Dr. Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Fadwa
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence
Tél: +212 529 050233

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb 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.

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

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

Édité 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 ⁴ /ml	< 10 ⁴ /ml
------------	---	-----------------------	-----------------------

Hématies	:	< 10 ³ /ml	< 10 ³ /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
-----------------	---	---------

Eléments fongiques	:	Absence
--------------------	---	---------

CULTURE

Culture	:	Négative
---------	---	----------

Numération des germes	:	<10 ³ 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. BELABBES.

Dr. OUSTI Fadwa

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.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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 Sous-Total	300,00 300,00
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@ckm.hck.ma
N°INP 090061862