

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [soit 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 07087

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA AHMED

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Résidence Al Mansour CASA

Tél. : 0661526440

Total des frais engagés : 257,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Même

Enfant

Nature de la maladie :

ALD  ALC

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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

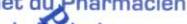
Le : 06/03/2024

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
04.03.20			65	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE R. MELIANI - FAS.</b> 6, Rue Coudokor Tél.: 06 22	04/03/06	89,3-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
090	08/03/24	B0140	168,0000

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

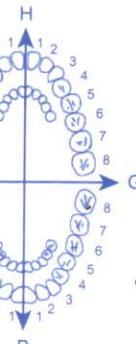
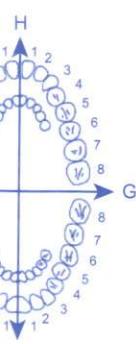
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	08/03/24					

## **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 <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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04  
Version : 02  
Date : 05/05/2023

## Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : CHOUTA AHMED

Matricule : 07087

N° CIN : B202562

Adresse : Résidence AC MANSOUR rue ladi Bekkar  
CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

## Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD

N° ICE : N° INPE : PR ISMAÏLI NABIL  
Directeur de Spécialité - Oncologie

Certifie que Mlle, Mme, M. : 091176206

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

## Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Carcinome épidermoïde pulmonaire localement avancé  
confirmé par biopsie.

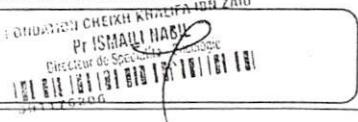
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Chemo Radio Immunothérapie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 13/02/24

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

FS M23-0034239  
Casablanca le 13/02/24



Je soussigne (e) ..... Certifie que Mr/Mme :

Chouta Ahmed

..... est suivie à l'hôpital  
Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise  
en charge d'un .....

CANCER PLEURALE

Pulmonaire localisé

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.





وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le

LOT 221880  
EXP 08/2025  
PPV [REDACTED]

COOPER PHARMA  
PPV: 49,30 DH

EFFIPRED® 20 mg  
PFU 40DH00  
EXP 09/2026  
LOT 360092

PHARMACIE RIHAB  
EL MELIANI - FASSI FIHRI  
5, Rue Cadi Bokor - Casablanca  
Tél: 0522 25 46 85

091 6206  
Bureau de Spécialité - Générale  
FONDATION CHEIKH KHALIFA ISRAZAH  
FONDAZIONE CHEIKH KHALIFA ISRAZAH

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 04/13/2024

( Handwritten signature )

Lahav  
Tél: 0529.05.02.11  
E-mail: Lahav@fc...

Mee met

091176206  
FONDACTION CHEIKH KHALIFA IBN ZAYD  
Président de la Fondation : Dr. Hachemi Naciri  
Directeur de l'unité de soins : Dr. Hachemi Naciri



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124000437

Date de naissance : 12/04/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 08/03/2024

Prélevé le : 08/03/2024 à 09:00

Édité le : 08/03/2024 à 11:33

CHOUTA AHMED

Dossier N° : 24032361K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## BIOCHIMIE SANGUINE

### IONOGRAMME

URÉE	:	0.40	g/L	0.15 - 0.45	0.38 g/L (23/02/2024)
CRÉATININE SANGUINE	:	7.50	mg/L	7 - 13	9.20 mg/L (23/02/2024)

Le 08/03/2024 à 11:33  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr YAHYAOUI Anass  
Biologie



107165797

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 / 2

Identifiant du patient : H0124000437

Date de naissance : 12/04/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 08/03/2024

Prélevé le : 08/03/2024 à 09:00

Édité le : 08/03/2024 à 11:33

CHOUTA AHMED

Dossier N° : 24032361K

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	:	4.90	$10^{12}/l$	4.28 - 6	4.91 $10^{12}/l$ (06/01/2024)
Hémoglobine	:	13.2	g/dl	13.0 - 18.0	13.5 g/dl (06/01/2024)
Hématocrite	:	42.1	%	39 - 53	41.7 % (06/01/2024)
VGM	:	85.9	fL	78 - 98	84.9 fL (06/01/2024)
CCMH	:	31.4	g/dl	31.0 - 36.5	32.4 g/dl (06/01/2024)
TCMH	:	26.9	pg	26 - 34	27.5 pg (06/01/2024)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.17	$10^3/mm^3$	4 - 11	11.61 $10^3/mm^3$ (06/01/2024)
P. Neutrophiles	:	87.3	%	6.26 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7	72.7 % (06/01/2024)
P. Eosinophiles	:	0.1	%	0.01 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63	2.0 % (06/01/2024)
P. Basophiles	:	0.3	%	0.02 $10^3/mm^3$ < 0.11	0.5 % (06/01/2024)
Lymphocytes	:	5.6	%	0.40 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8	13.3 % (06/01/2024)
Monocytes	:	6.7	%	0.48 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00	11.5 % (06/01/2024)

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	323	$10^3/mm^3$	150 - 400	403 $10^3/mm^3$ (06/01/2024)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------

Le 08/03/2024 à 11:33

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr YAHYAOUI ANASS  
Biologie  
107165797

laboratoire  
Taïeb Naciri

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.

1 / 2

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 39 881 / 2024 du 08/03/2024

Nom patient : CHOUTA AHMED

Entrée 08/03/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00 Sous-Total	168,00 168,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>168,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS			
		<b>Total</b>	<b>168,00</b>

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			168,00		168,00	0,00

