

# 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 (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 une fois par an.

## 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



198987

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034239

☒ 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 : 05/03/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer du pamon

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 : CASA Le : 05/03/2024

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/03/24        |                   |                       | 65                              |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date  | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| 04/03/24                               | 89,30 |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date  | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-------|------------------------------|------------------------|
| 08/03/24  | B0140 | 163,0208                     |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

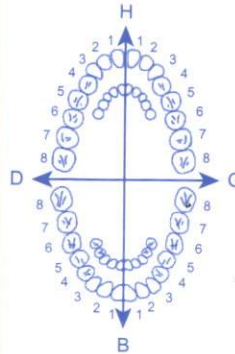
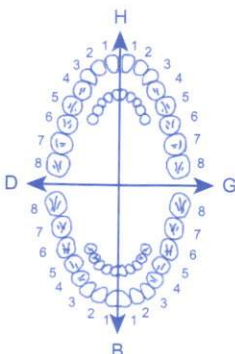
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| 08/03/24                         |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 G 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>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

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |
|---|--|
| Nom et prénom :   | CHOUTA AHMED   |
| Matricule :   | 07087  |
| N° CIN :  | B202562  |
| Adresse :   | Résidence El Mansour rue Ladi Bekkar<br>CASABLANCA   |
| Bénéficiaire de soins :   | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant         |
| Partie réservée au médecin traitant   |  |
| Je soussigné :  | Spécialité : FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID   |
| N° ICE :  | N° INPE : PT ISMAILI NABIL   |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  | 001176206  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :   | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : |  |
| Carcinome épidermoïde pulmonaire broncho-pulmonaire<br>confirmé par biopsie.                                  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :  |  |
| Traitement prescrit : Chimio Thérapie Immunothérapie<br>Radiothérapie   |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |
| Fait à :  | 15/02/24   |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |
| FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID<br>PT ISMAILI NABIL<br>Directeur de Spécialité - Oncologie<br>001176206     |  |

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

Compte Rendu

Je soussigné (e) CHOUTA AHMED 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 EPIDERMODE

pulmonaire broncho-pulmonaire

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

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

Signature  
FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
PT ISMAILI NABIL  
Directeur de Spécialité - Oncologie  
001176206





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le

04/03/24

Umar Alhar

LOT 221880

EXP 08/2025

PPV

COOPER PHARMA

PPV : 49,30 DH

EFFIPRED<sup>®</sup> 20 mg

PPV 40DH00

EXP 09/2026

LOT 36009 2

40,00 Effipred 20 mg  
30 mg / 30

49,30

20 / 13

89,30

PHARMACIE RIHAB  
EL MELIANE FASSI FIHRI  
5, Rue Cadi Borkor - Casablanca  
Tél: 05 22 25 46 85

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAH  
Dr ISMAILI NABIL  
Directeur de Spécialité - Oncologie  
09116206

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 04/3/2024

(  )





FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAYD  
Dr ISMAILI NABIL  
Directeur de Spécialité - Oncologie  
091176206



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

Edité 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<br>(23/02/2024)  |
| CRÉATININE SANGUINE | : | 7.50 mg/L | 7 - 13      | 9.20 mg/L<br>(23/02/2024) |

Le 08/03/2024 à 11:33  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr YAHYAOUI Anass



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



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

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

#### LIGNÉE BLANCHE

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

#### PLAQUETTES

|            |   |     |             |           |                                 |
|------------|---|-----|-------------|-----------|---------------------------------|
| Plaquettes | : | 323 | $10^3/mm^3$ | 150 - 400 | 403 $10^3/mm^3$<br>(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  
Tel : 05 29 00 44 77  
Fax : 05 29 00 44 78

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, Maroc

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        | 168,00  |
|                      |        |            | Sous-Total    | 168,00  |
| Total Frais Clinique |        |            |               | 168,00  |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS

Total 168,00

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

