

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 à caractère personnel.

Nº W19-419809

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 13081		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mohammed Amine MANTOU			
Date de naissance : 13-07-1993			
Adresse :			
Tél. : +212 670 57 58 97 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) :			

MUPRAS
ACCUEIL

ACCUEIL

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
16.01.2022			300.000	INP : <input type="text"/> <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>S. National de Reims 03.02.33</i>	16.10.12020	300.80.-12	96,-00
<i>Laboratoire National de Reims 03.02.33</i>	16.10.12020	305.20.-12	624,-00

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 [Empty box]	Nature des Soins [Empty box]	Coefficient [Empty box]	INP : <input type="text"/>																			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
						H	G																
						25533412	21433552																
						00000000	00000000																
						D	G																
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXECUTION																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
T CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

وصفة طبية
Ordonnance

16/01/2020.

Casablanca, le :

Hani N Red Ame

- emé, west

- assi, 40

- el clépal le hotel

- VS - CRP

- LDH



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

HANEN Med.
Amine

- - N FS + P P

Laboratoire National de Casablanca
Tél : 05.29.05.62.33
E-mail : lnhco@clm.hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 7595 / 2020 du 16/01/2020

Nom patient	HANIN MOHAMMED AMINE	Entrée	16/01/2020
Prise en charge	SOCIAL-FCKM	Sortie	16/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0520	624,00	624,00
Total Clinique				624,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENT VINGT-QUATRE DIRHAMS	Total	624,00
<i>Immatriculation :</i> <i>Affiliation :</i> <i>Cin :</i>	<i>Adhérent :</i> <i>N° prise en charge :</i>	

Laboratoire de Référence
Technique FCKM
E-mail : fckm-hck.ma

Identifiant du patient : H0119002155

Date de naissance : 13/07/1993

Sexe : M

Date de l'examen : 16/01/2020

Prélevé le : 16/01/2020 à 10:42

Édité le : 16/01/2020 à 11:29

HANIN MOHAMMED AMINE
Dossier N° : 20013146


HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématuries	:	4.09	10 ¹² /l	4 - 5.5	4.08 10 ¹² /l (15/11/2019)
Hémoglobine	:	14.5	g/dl	13 - 17	13.6 g/dl (15/11/2019)
Hématocrite	:	39.9	%	36 - 50	39.7 % (15/11/2019)
VGM	:	97.6	fl	82 - 98	97.3 fl (15/11/2019)
CCMH	:	36.3	g/dl	32 - 36	34.3 g/dl (15/11/2019)
TCMH	:	35.5	pg	27 - 32	33.3 pg (15/11/2019)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	4.96	10 ³ /mm ³	4 - 10	4.19 10 ³ /mm ³ (15/11/2019)
P. Neutrophiles	:	54.7	%	2.71 10 ³ /mm ³ 1.5 - 7	54.9 % (15/11/2019)
P. Eosinophiles	:	5.4	%	0.27 10 ³ /mm ³ < 0.46	4.3 % (15/11/2019)
P. Basophiles	:	0.6	%	0.03 10 ³ /mm ³ < 0.08	0.5 % (15/11/2019)
Lymphocytes	:	29.8	%	1.48 10 ³ /mm ³ 1 - 4	31.7 % (15/11/2019)
Monocytes	:	9.5	%	0.47 10 ³ /mm ³ 0.2 - 1	8.6 % (15/11/2019)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	133	10 ³ /mm ³	150 - 400	111 10 ³ /mm ³ (15/11/2019)
------------	---	------------	----------------------------------	-----------	--

Le 16/01/2020 à 11:29

Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

 Dr. Imane SMIYEJ
 Médecin Biologiste

 Laboratoire National de Référence
 Tél: 05 29 05 02 33
 e-mail: lnr@fckm.ma

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° **7.488** / 2020 du **16/01/2020**

Nom patient : **HANIN MOHAMMED AMINE**

Entrée **16/01/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **16/01/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00	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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Casablanca Cancer Center
N° INP : 090061862

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0119002155**Date de naissance :** 13/07/1993**Sexe :** M**Date de l'examen :** 16/01/2020**Prélevé le :** 16/01/2020 à 16:00**Édité le :** 20/01/2020 à 11:19**HANIN MOHAMMED AMINE****Dossier N° :** 20013248**Docteur AHNACH MARYAME****Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT

HEMATOLOGIE CELLULAIRE

VITESSE DE SÉDIMENTATION

(Échantillon primaire: Plasma citraté)

1 ère heure

:

6 mm

< 15

Le 20/01/2020 à 11:19

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila



Handwritten signature of Prof. Jalila EL BAKKOURI

E-mail : labo@fckm-hcik.ma

Tél : 05.29.05.02.33

LADOU ALDOU ALADDOUNA DE LA CIRCONSCRIPTION

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.

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0119002155

Date de naissance : 13/07/1993

Sexe : M

Date de l'examen : 16/01/2020

Prélevé le : 16/01/2020 à 16:00

Édité le : 20/01/2020 à 11:19

HANIN MOHAMMED AMINE
Dossier N° : 20013248

Docteur AHNACH MARYAME
Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT


CHIMIE SANGUINE

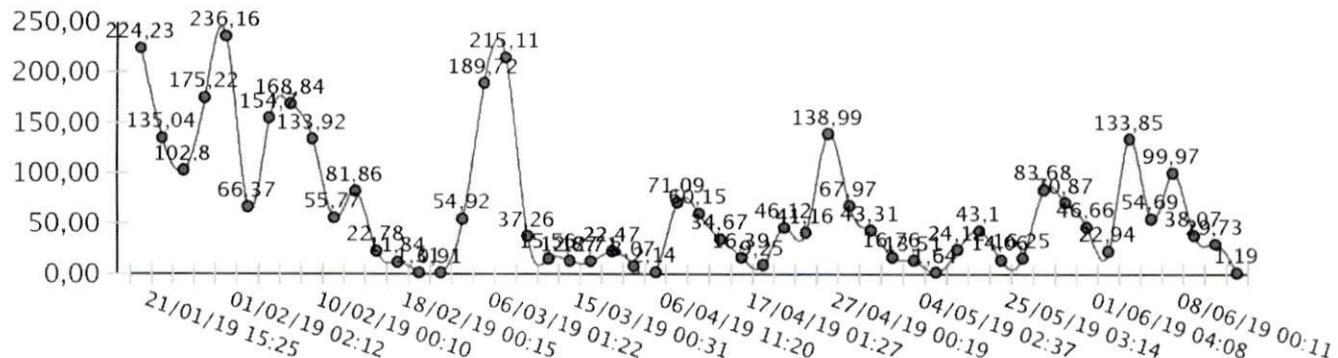
(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 1.19 mg/l < 8 29.73 mg/l (12/06/2019)

(Immunoturbidimétrie / 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)



IONOGRAMME

URÉE : 0.28 g/L 0.15 - 0.45 0.27 g/L (13/07/2019)

CRÉATININE SANGUINE : 8.43 mg/L 7 - 13 6.88 mg/L (13/07/2019)

BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT) : **39** UI/L 5 - 34 30 UI/L (13/07/2019)

TRANSAMINASES ALAT(SGPT) : **84** UI/L < 55 43 UI/L (13/07/2019)

LACTATE DÉSHYDROGÉNASE (LDH) : **173** UI/L 85 - 230 181 UI/L (09/08/2019)

(Dosage Enzymatique 37°C/ Architect Ci4100)

Le 20/01/2020 à 11:19
Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

E-mail : labo@fckm-hch.ma

Tél : 05.29.05.0233

Laboratoire National de Référence

Spécialités

Cytogénétique
 Biologie moléculaire
 Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
 Biologie médicale
 Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0119002155

Date de naissance : 13/07/1993

Sexe : M

Date de l'examen : 16/01/2020

Prélevé le : 16/01/2020 à 16:00

Édité le : 20/01/2020 à 11:19

HANIN MOHAMMED AMINE

Dossier N° : 20013248

Docteur AHNACH MARYAME

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



ELECTROPHORESE

ELECTROPHORÈSE DES PROTÉINES

(Échantillon primaire: Sérum)

Proteines Totales	:	79	g/L	64 - 83
Rapport alb/glob	:	2.01		
Albumine	:	66.8 52.8	% g/L	55,8 - 66,1 40,2 - 47,6
Globulines Alpha 1	:	3.6 2.8	% g/L	2,9 - 4,9 2,1 - 3,5
Globulines Alpha 2	:	7.9 6.2	% g/L	7,1 - 11,8 5,1 - 8,5
Globulines Bêta 1	:	5.4 4.3	% g/L	4,7 - 7,2 3,4 - 5,2
Globulines Bêta 2	:	3.4 2.7	% g/L	3,2 - 6,5 2,3 - 4,7
Globulines Gamma	:	12.9 10.2	% g/L	11,1 - 18,8 8,0 - 13,5

Hyperalbuminémie isolée. A interpréter en fonction du contexte clinique (Cf tracé ci-joint)

Le 20/01/2020 à 11:19

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

E-mail : labaha@fckm-hcm.m

Tél : 05.29.05.02.33

LABORATOIRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Nom/Prénom **HANIN MOHAMED AMINE**

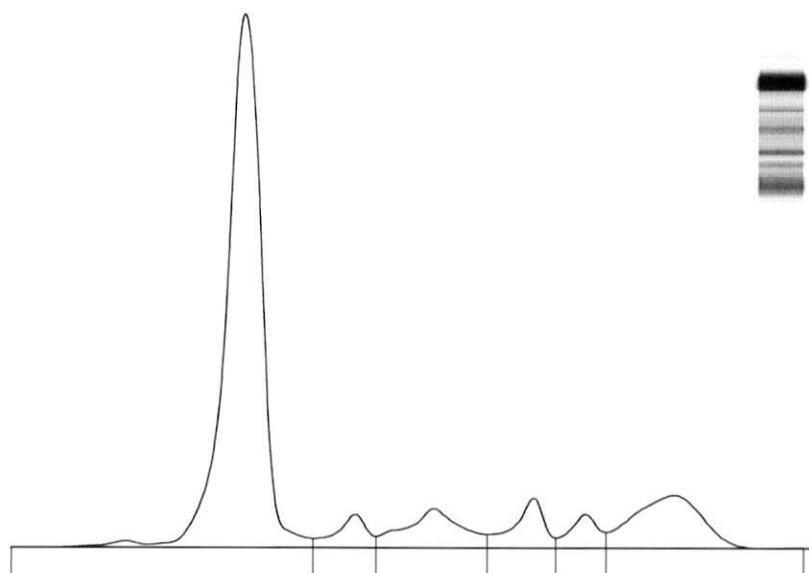
ID: **SE20013248**

Date: **17/01/2020**

Date de Naissance: 13/07/1993

Electrophorèse des protéines sériques

Technique capillaire -SEBIA-



Fractions	%	Ref. %	Conc.	Ref. Conc.
Albumine	66,8	>	55,8 - 66,1	52,8
Alpha 1	3,6		2,9 - 4,9	2,8
Alpha 2	7,9		7,1 - 11,8	6,2
Beta 1	5,4		4,7 - 7,2	4,3
Beta 2	3,4		3,2 - 6,5	2,7
Gamma	12,9		11,1 - 18,8	10,2

A/G Ratio: **2,01**

T. P.: **79** g/L

Pic: g/L