

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067307

ND: 30140

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1410 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LARAK Jeb
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0663 723171 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : SALAH H Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : K
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067307

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro-Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B	= Analyses
k	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances, ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps. | - LES CURES THERMALES |
| | - LA CIRCONCISION |
| | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 848187

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom LARAKI MOHAMED
Matricule : 1410 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse 107 Rue ALDURJOANE HAY RAHA - Casa
Tél. : 06 63 72 31 71 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KARHAT SABAH Age 3 | 1 | 1 | 2 | 5 | 6
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A _____, le _____ / _____ / _____
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Dr. BAHI HICHAM
Régulation
Service des Urgences
01236149

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
	20/09/2012		202.68	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/2012	129.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 <input type="text"/>															
				MONTANT 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 border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	D 00000000		G 00000000	00000000		00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
	25533412		21433552																
	D 00000000		G 00000000																
	00000000		00000000																
	35533411	B	11433553																
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: 12705

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

29/05/2020

① Tramal 50 mg

1cp 4 les 6 heures

مريض

② - ODES'

1cp/j

124.5

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
CHENNAI - INDIA
MEDECIN INTERNE
11-0011802



Casablanca , le 29/05/2020

PATIENT : KARHAT SABAH

EXAMEN(S) REALISE(S) : UROSCANNER

Technique : Acquisition en mode spirale sans et avec injection de PC/IV, avec des reconstructions 3D .

Résultat :

Haut appareil urinaire :

- Reins de taille et de situation normale, à contours réguliers, présente une bonne différenciation parenchymo-sinusale sans dilatation des cavités excrétrices ni image de lithiase.
- Sécrétion et excrétion faites dans les délais normaux.
- Les uretères sont fins, libres.
- A noter un kyste cortical médio rénal gauche, à développement exophytique, à paroi fine, mesuré à : 66 x 51 mm.

Bas appareil urinaire

- Vessie semi pleine, siège d'un épaissement pariétal circonférentiel régulier sans anomalie endoluminale.

Par ailleurs

- Foie, rate, pancréas et surrénales d'aspect tomодensitométrique normal.
- Absence de dilatation des VBIH et VBEH.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- A noter une diverticulose colique sans signe de complication ce jour.

CONCLUSION:

Kyste rénal gauche simple classé Bosniak I.
Diverticulose colique sans signe de complication ce jour.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : **Dr BERRADA**

Hôpital Universitaire International
Dr. BERRADA SOPHIA
Radiologie



Identifiant du patient : H0120013287

Date de naissance : 31/12/1956

Sexe : F

Date de l'examen : 29/05/2020

Prélevé le : 29/05/2020 à 11:36

Edité le : 29/05/2020 à 12:43

Mme KARHAT SABAH

Dossier N° : 20053034

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.37	10 ¹² /l		3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	16.1	g/dl		11.5 - 17.5
Hématocrite	:	46.4	%		34 - 53
VGM	:	86.4	fl		76 - 96
CCMH	:	34.7	g/dl		31 - 36
TCMH	:	30.0	pg		24.4 - 34.0

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	6.37	10 ³ /mm ³		3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	49.3	%	3.14	10 ³ /mm ³ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	3.3	%	0.21	10 ³ /mm ³ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.5	%	0.03	10 ³ /mm ³ < 0.11
Lymphocytes	:	38.3	%	2.44	10 ³ /mm ³ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	8.6	%	0.55	10 ³ /mm ³ 0.15 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	314	10 ³ /mm ³		150 - 445
------------	---	-----	----------------------------------	--	-----------

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

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 29/05/2020 à 12:43

Signature

SABIR Rajaa

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 : H0120013287

Date de naissance : 31/12/1956

Sexe : F

Date de l'examen : 29/05/2020

Prélevé le : 29/05/2020 à 11:36

Edité le : 29/05/2020 à 12:43

Mme KARHAT SABAH

Dossier N° : 20053034

Service : URGENCE



CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 0.70 mg/l < 8

(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

IONOGRAMME

SODIUM (Na ⁺)	:	144	mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K ⁺)	:	4.1	mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl ⁻)	:	109	mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	26.64	mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	80	g/L	64 - 83
CALCIUM	:	98	mg/L	85 - 101
		2.44	mmol/L	2.12 - 2.52
URÉE	:	0.23	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	8.14	mg/L	6 - 12

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

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 29/05/2020 à 12:43

Signature
SABIR Rajaa

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 : H0120013287

Date de naissance : 31/12/1956

Sexe : F

Date de l'examen : 29/05/2020

Prélevé le : 29/05/2020 à 11:36

Edité le : 29/05/2020 à 12:43

Mme KARHAT SABAH

Dossier N° : 20053034

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT :

ASPECT MACROSCOPIQUE :

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes

: En Cours

< 10⁴/ml

Hématies

: En Cours

< 10³/mL

CULTURE

Culture sur CLED

:

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 0905195

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 29/05/2020 à 12:43

Signature
SABIR Rajaa

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.



2000211184 / H0120013287

Nom et

Prénom : SABAH

Nom : KARHAT

DDN : 31/12/1956 E: 29/05/2020

Service : URGENCES (NA)

Casablar

PAYANT
Sexe: F

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Héмато/Hémostase :

☒ NFS - Pq

☐ Groupage - Rhésus

☐ RAI

☐ TP - TCK

☐ INR

☐ D-DIMERES

• Bilan Infectieux

☒ CRP

☐ VS

☒ ECBU

☐ Hémoculture

☐ PCT

• Bilan Métabolique

☒ Ionogramme sanguin

☒ Urée - Créatinémie

☐ Glycémie

• Bilan Hépto-pancréatique :

☐ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☐ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☐ Troponines

☐ BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin

Dr. BAHIBI HICHAM
Réanimation Urgences
Service des urgences



101236149

Numéro dossier : 2000211184

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
29/05/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	872578	1,00	18,80	18,80
29/05/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	872578	1,00	6,54	6,54
29/05/2020	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	872578	1,00	1,39	1,39
29/05/2020	INTRANULE G 20	872578	1,00	1,82	1,82
29/05/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	872578	1,00	0,44	0,44
29/05/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	872578	1,00	3,43	3,43
29/05/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	872578	1,00	1,17	1,17
29/05/2020	SERINGUE 10ML	872578	1,00	0,84	0,84
29/05/2020	INTRANULE G 20	872581	1,00	1,82	1,82
29/05/2020	INTRANULE G 22	872591	1,00	1,82	1,82
29/05/2020	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	872601	2,00	29,90	59,80
29/05/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	872602	1,00	14,10	14,10
29/05/2020	SERINGUE 10ML	872607	1,00	0,84	0,84
29/05/2020	FLACON DE PRELEVEMENT P.SELLE 120ML	872607	1,00	1,87	1,87
			Total pharmacie		114,68

Email: central@chickma.com
 Tel: 05 29 08 11 47
 Fax: 05 29 08 03 53
 Chickma Kallitajn Zaid

Casablanca, le 29/05/2020

COMPTE RENDU

Dr BAHIRI HICHAM
Réanimation Urgences
Service des Urgences
101236149

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme KAR HAT SABAH Le 24/05/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Colique néphrétique

Patient(e) a bénéficié d'un

→ Traitement symptomatique

→ Bilan Biologique

→ Bilan Radiologique :

- Radio /
- Echographie /
- Scanner Uroscopie
- IRM /
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

→ Sortant(e)

- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Dr BAHIRI HICHAM
Réanimation Urgences
Service des Urgences
101236149

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
29/05/2020	2000211184	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	ECBU + Antibiogramme	1	1,20	180,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					Total	588,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 44 71
 E-mail: contact@hkhk.ma
 N°IN: 09061961

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 49 311 / 2020 du 29/05/2020

Nom patient : KARHAT SABAH

Entrée 29/05/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 29/05/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Uroscanner	1,00		2 000,00	2 000,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0490	588,00	588,00
			Sous-Total	2 888,00
PHARMACIE	1,00		114,68	114,68
			Sous-Total	114,68
Total Frais Clinique				3 002,68

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DEUX DIRHAMS SOIXANTE-HUIT CENTIMES

Total 3 002,68

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	3 002,68				3 002,68	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 44 77
 E-mail: contact@hkhk.org
 N°INP: 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 24 / 06 / 2024

0478978

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 2200

Patient : ~~JAN KAT~~ ~~XXXXXX~~

KARHAT

Cachet

[Signature]

[Signature]



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29/05/2020

0478981

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 72,62

Patient : KARIM SAHAB

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm.kk.ma
N°INP/090061862



Coller Etiquette De BAF



2000211184 / H0120013287

Prénom : SABAH

Nom : KARHAT

DDN : 31/12/1956 E: 29/05/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Patiente de 64 ans admise pour douleur lombaire gauche irradiant
Vers la Région inférieure homolatérale
Sans signes associés

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

.....

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : *Uroscan*

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des



090561812