

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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



37475

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023417

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOU Y. ELHASSAN Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : Des Raid La H. Cen Im 1 GH 1 APP 9 EL OULFA

Tél. : 06-34-64-1080 Total des frais engagés : = 1760,89 = 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 : P. H. m. se. V. s. i. a. l. e. n. e. 24 AOÛT 2020

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 : 24 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : Bou Y. ELHASSAN



# 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
16/08/2016	facture	1	195,70	
16/08/2016	total	1	195,70	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.08.2016	195,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

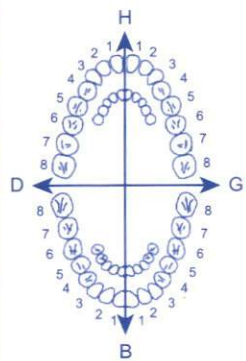
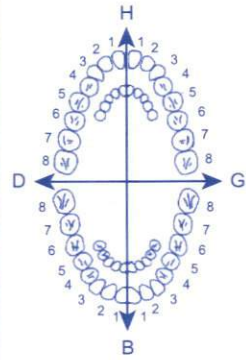
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature des soins pratiqués en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

Nina Rowissi

168.20

17 Aug 2021

24.10 23.10 24.10

El Spass - 4

24.10 23.10 24.10

T = 195.70

PPU: 168,20 DH  
LOT: 644104  
PER: 09/21



27.10

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
D. MOUNTAIN  
M. Decin res.  
CHU Hassan VI



AKV la consultation -

Chirurgie le jeudi 27/01/2008

Pr Bouziane

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. MOUNIR  
Medecin resident  
Chirurgie vasculaire

030001802



Casablanca, le 15/08/2020

## COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné  
Mr/Mme Rouissi MNA Le : 15/08/2020  
Admis(e) au service des urgences.  
Se plaignant de Anten abdominal

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio .....
- Echographie Abdominale
- Scanner .....
- IRM .....
- Autres : Av. Viscérale

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

: ROUMISSI

Casablanca le

: 15/08/2020

## BILAN BIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### • Hémato/Hémostase :

☒ NFS - Pq

☐ Groupage - Rhésus

☐ RAI

☐ TP - TCK

☐ INR

☐ D-DIMERES

### • Bilan Hépatopancréatique :

☒ ASAT - ALAT

☒ BC - BN - BT

☒ Gamma GT

☒ PA

☒ LIPASEMIE

### • Bilan Infectieux

☒ CRP

☐ VS

☐ ECBU

☐ Hémoculture

☐ PCT

### • Bilan cardiaque :

☐ Troponines

☐ BNP

Autres :

### • Bilan Métabolique

☐ Ionogramme sanguin

☒ Urée - Créatinémie

☐ Glycémie

Signature et caché du médecin  
Des urgences

Signature et caché du médecin  
Des urgences



Casablanca , le 15/08/2020

PATIENT : ROUISSI MINA

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) :

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

#### TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau de l'abdomen à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

#### RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu litiasiques.
- Les veines sus-hépatiques et le tronc porte sont perméables et de calibre normal.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Absence d'épanchement abdominal.

#### CONCLUSION :

- Lithiases de la vésicule biliaire.

Merci de votre confiance

Dr JAMALEDDINE

Dr. Zineb JAMALEDDINE  
Médecin Radiologue  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid





Coller Etiquette De RAF



2000239185 / H0120020696

Prénom : MINA

Nom : ROUISSI

DDN : 09/02/1963 E: 15/08/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

*Abdominal*

• RADIO STANDARD : .....

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : ..... *Abdominal*

• SCANNER : .....

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM : .....

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences



Identifiant du patient : H0120020696

Date de naissance : 09/02/1963

Sexe : F

Date de l'examen : 15/08/2020

Prélevé le : 15/08/2020 à 22:08

Edité le : 16/08/2020 à 00:06

**Mme ROUISSI MINA**

**Dossier N° : 20082135**

**Service : URGENCE**



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.84	10 <sup>12</sup> /l	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	<b>10.8</b>	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	<b>33.4</b>	%	34 - 53
VGM	:	87.0	fl	76 - 96
CCMH	:	32.3	g/dl	31 - 36
TCMH	:	28.1	pg	24.4 - 34.0

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	10.08	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	63.3	%	6.38 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.6	%	0.16 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.5	%	0.05 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11
Lymphocytes	:	25.6	%	2.58 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8
Monocytes	:	9.0	%	0.91 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.15 - 1.00

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	336	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 445
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

**Ne pas diffuser au patient**

**Résultats à considérer sous réserve de validation biologique**

Le 16/08/2020 à 00:06

Signature

Mr. Maskauoui Brahim

**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 : H0120020696

Date de naissance : 09/02/1963

Sexe : F

Date de l'examen : 15/08/2020

Prélevé le : 15/08/2020 à 22:08

Edité le : 16/08/2020 à 00:06

Mme ROUISSI MINA

Dossier N° : 20082135

Service : URGENCE



## BIOCHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : **35.00** 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

URÉE : **0.35** g/L 0.15 - 0.45

CRÉATININE SANGUINE : **12.50** mg/L 6 - 12

## BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT) : **246** UI/L 5 - 34

TRANSAMINASES ALAT(SGPT) : **196** UI/L < 55

GAMMA GT : **443** UI/L < 55

(Dosage Enzymatique IFCC/Architect Ci4100)

BILIRUBINE TOTALE : **9.80** mg/L 2 - 12

BILIRUBINE LIBRE (INDIRECTE) : **3.40** mg/L 2 - 7

BILIRUBINE CONJUGUÉE (DIRECTE) : **6.4** mg/L < 5

PHOSPHATASES ALCALINES : **279** UI/L 40 - 150

LIPASE : **33** UI/l 8 - 78

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 16/08/2020 à 00:06

Signature

Mr. Maskaoui Brahim

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.

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
15/08/2020	2000239185	LIMS	Bilirubine(directe,indirecte et totale)	1	1,20	84,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Gamma G.T (GGT)	1	1,20	60,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Lipase	1	1,20	120,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Phosphatases alcalines	1	1,20	60,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Transaminases SGOT/ASAT	1	1,20	60,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Transaminases SGPT/ALAT.	1	1,20	60,00
15/08/2020	2000239185	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
<b>Total</b>						<b>732,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fckm.hck.ma  
 N°IMP 090061852



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/08/2020

00:32

Nom Patient : ROUISSI MINA

Numéro dossier : 2000239185

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/08/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	915174	1,00	0,55	0,55
15/08/2020	INTRANULE G 20	915174	1,00	1,82	1,82
15/08/2020	SERINGUE 10ML	915174	1,00	0,84	0,84
15/08/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	915174	1,00	1,17	1,17
15/08/2020	PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	915174	1,00	2,44	2,44
15/08/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	915174	1,00	18,80	18,80
15/08/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	915174	1,00	6,54	6,54
15/08/2020	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	915174	1,00	1,39	1,39
15/08/2020	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	915174	1,00	29,90	29,90
15/08/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	915175	1,00	14,10	14,10
15/08/2020	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	915175	1,00	29,90	29,90
15/08/2020	MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01)	915193	1,00	24,90	24,90
15/08/2020	SERINGUE 10ML	915193	1,00	0,84	0,84
Total pharmacie					133,19

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fckm.hck.ma  
 N°INP 000061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 78 507 / 2020 du 16/08/2020

Nom patient : ROUISSI MINA

Entrée 15/08/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1,00		400,00	400,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0610	732,00	732,00
			Sous-Total	1 432,00
PHARMACIE	1,00		133,19	133,19
			Sous-Total	133,19
Total Frais Clinique				1 565,19

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS DIX-NEUF CENTIMES

Total 1 565,19

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 565,19

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



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Mina Roussi

Faire SAA

Sérologie Hépatite A, B, C

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. MOHAMED TAIEB NACIRI  
MEDECIN RESIDENT  
CHIRURGIE VISCERALE



000001862



HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
Date : 15/10/2020  
Admission Facturation

Quittance - Paiement espèces

0499118

IPP : .....

Admission : ..... Montant : 1228 DAH

Nom : ROUMISSI MINA .....

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date :

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

## Quittance - Paiement espèces

IPP : .....

N° admission : ..... Montant : 200

Nom : ROUSS MIMA

Cachet

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

