

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-576167

44580

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13081 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hanin Mohammed Amine

Date de naissance : 13/07/1992

Adresse : 14 Av prince héritier Targuit, Al Hachima

Tél. : 0670375797 Total des frais engagés : 1096,00 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 : L'empêchement de l'adhérent

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué aux renseignements sous 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) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 du l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 13 - www.mupras.com

# 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 Rajeunissement des Actes
01/10/2023				INP : 0911 0001

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/10/2023	B 0620 + P	769.000 H

## AUXILIAIRES MEDICAUX

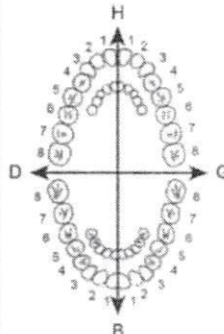
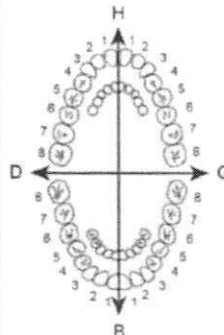
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	INP : <input type="text"/>													
				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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 95 779 / 2020 du 01/10/2020

Nom patient : HANIN MOHAMMED AMINE

Entrée 01/10/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Cosobulencia Cancer Center  
N° INP - 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 95859 / 2020 du 01/10/2020

Nom patient	HANIN MOHAMMED AMINE	Entrée	01/10/2020
Prise en charge	SOCIAL-FCKM	Sortie	01/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0620 + Prelvt	769,00	769,00
			Sous-Total	769,00
Total Clinique				769,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	769,00
SEPT CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS			
Immatriculation :	Adhérent :		
Affiliation :	N° prise en charge :		
Cin : RC2041			

Laboratoire National de Référence  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 E-mail : labo@fckm-lick.ma




1/10/2020

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

Hammi Del Amine

- NFS + PU + Frottis
-    
Laboratoire National de Référence  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fckm-hck.ma
- Serologie HD
- ASAT, ALAT, BT
- CME, CEST



Identifiant du patient : H0119002155

Date de naissance : 13/07/1993

Sexe : M

Date de l'examen : 01/10/2020

Prélevé le : 01/10/2020 à 15:30

Edité le : 06/10/2020 à 13:03

**HANIN MOHAMMED AMINE**

Dossier N° : 20100181

Docteur AHNACH MARYAME

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	:	<b>4.24</b>	10 <sup>12</sup> /l	4.28 - 6	4.09 10 <sup>12</sup> /l (16/01/2020)
Hémoglobine	:	15.1	g/dl	13.0 - 18.0	14.5 g/dl (16/01/2020)
Hématocrite	:	41.3	%	39 - 53	39.9 % (16/01/2020)
VGM	:	97.4	fl	78 - 98	97.6 fl (16/01/2020)
CCMH	:	<b>36.6</b>	g/dl	31.0 - 36.5	36.3 g/dl (16/01/2020)
TCMH	:	<b>35.6</b>	pg	26 - 34	35.5 pg (16/01/2020)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.32	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4 - 11	4.96 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (16/01/2020)
P. Neutrophiles	:	69.3	%	3.69 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7	54.7 % (16/01/2020)
P. Eosinophiles	:	2.1	%	0.11 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.63	5.4 % (16/01/2020)
P. Basophiles	:	0.6	%	0.03 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11	0.6 % (16/01/2020)
Lymphocytes	:	21.4	%	1.14 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8	29.8 % (16/01/2020)
Monocytes	:	6.6	%	0.35 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.18 - 1.00	9.5 % (16/01/2020)

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	<b>142</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 400	133 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (16/01/2020)
------------	---	------------	----------------------------------	-----------	--

Le 06/10/2020 à 13:03

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Dr. OUSTI Fadwa

RAZIK Nadia

*Pr. EL BAKKOURI Jalila*  
Pr. EL BAKKOURI Jalila  
Hématologue

*Dr. OUSTI Fadwa*  
Dr. OUSTI Fadwa  
Médecin Biologiste

*RAZIK Nadia*  
Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 05 02 33  
Email : labn@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.

**Identifiant du patient :** H0119002155

**Date de naissance :** 13/07/1993

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 01/10/2020

**Prélevé le :** 01/10/2020 à 15:30

**Edité le :** 06/10/2020 à 13:03

**HANIN MOHAMMED AMINE**

**Dossier N° :** 20100181

**Docteur AHNACH MARYAME**

**Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT



**FROTTIS SANGUIN**

Conclusion

: Absence d'anomalies cytologiques notables.

Le 06/10/2020 à 13:03

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Dr. OUSTI Fadwa

RAZIK Nadia

*Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Prof Jalila EL BAKKOURI  
Médecin Biologiste*

*Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Dr. F. OUSTI  
Médecin Biologiste*

*Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 05 02 33  
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.

Identifiant du patient : H0119002155

Date de naissance : 13/07/1993

Sexe : M

Date de l'examen : 01/10/2020

Prélevé le : 01/10/2020 à 15:30

Edité le : 06/10/2020 à 13:03

**HANIN MOHAMMED AMINE**

**Dossier N° : 20100181**

**Docteur AHNACH MARYAME**

**Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT**



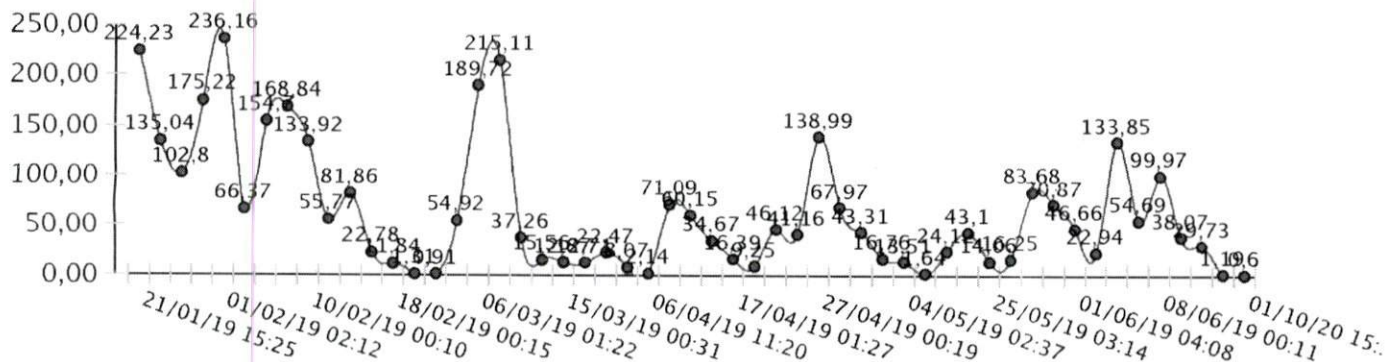
## BIOCHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 0.60 mg/l < 8 1.19 mg/l  
(Immunoturbimétrie / Architect Ci4100) (16/01/2020)

< 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 : 0.21 g/L 0.15 - 0.45 0.28 g/L  
CRÉATININE SANGUINE : 9.05 mg/L 7 - 13 8.43 mg/L  
(16/01/2020) (16/01/2020)

## BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT) : 21 UI/L 5 - 34 39 UI/L  
TRANSAMINASES ALAT(SGPT) : 20 UI/L < 55 84 UI/L  
BILIRUBINE TOTALE : 7.20 mg/L 2 - 12 5.33 mg/L  
(16/01/2020) (13/07/2019)

Le 06/10/2020 à 13:03

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Dr. OUSTI Fadwa

RAZIK Nadia

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Jalila EL BAKKOURI  
Médecine Interne

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Fadwa OUSTI  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence  
Tél : 0529.05.02.33  
Email: 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.

**Identifiant du patient :** H0119002155

**Date de naissance :** 13/07/1993

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 01/10/2020

**Prélevé le :** 01/10/2020 à 15:30

**Edité le :** 06/10/2020 à 13:03

**HANIN MOHAMMED AMINE**

**Dossier N° :** 20100181

**Docteur AHNACH MARYAME**

**Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT



BILIRUBINE LIBRE (INDIRECTE)	:	4.00	mg/L	2 - 7	3.03 mg/L (13/07/2019)
BILIRUBINE CONJUGUÉE (DIRECTE)	:	3.2	mg/L	< 5	2.3 mg/L (13/07/2019)

## SÉROLOGIE INFECTIEUSE

### SÉROLOGIE HELICOBACTER PYLORI

Sérologie IgG : Négatif  
Titre : 5.9 AU/ml  
(Technique immuno-enzymatique/Chorus)

Positif : >12 AU/mL  
Négatif : <8 AU/mL  
Douteux : 8-12 AU/mL

Le 06/10/2020 à 13:03  
Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Dr. OUSTI Fadwa

RAZIK Nadia

*Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Pr. Jalila EL BAKKOURI  
Médecin Biologiste*

*Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Dr. F. OUSTI  
Médecin Biologiste*

*Laboratoire National de Référence  
Tel : 05 29 05 02 33  
l.n.r@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.