

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-548035

NID: 50439

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5198 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL BAKI SAID
 Date de naissance : 20/03/1937
 Adresse : 9 place bel air, casablanca
 Tél. : 0663383471 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2020
 Nom et prénom du malade : Elbada Said Age : 83 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Casablanca Le : 19/12/2020

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire National de Référence</i>	15-11-20	B80 pdc	9.65

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :

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

[Création, remont, adjonction]
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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

1) NR PL

E-mail : labo@hck.ma
Tél : 05 29 05 02 33
LABORATOIRE D'ANALYSE DE MÉDECINE

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. ISMAILI NABIL
ONCOLOGIE MÉDICALE
011170201

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 113 920 / 2020 du 19/11/2020

Nom patient : EL BADA SAID

Entrée 19/11/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0080	96,00	96,00
			Sous-Total	96,00
Total Frais Clinique				96,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS	Total 96,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		96,00			96,00	0,00

Ref Chq : 2645624/

1. Numéro National de Référence
 Tel : 05.29.05.02.33
 Email : labo@fckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2011191017543340 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273906	EL BADA SAID	19/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2645624 Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : ACHKY

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2011191017543340 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273906	EL BADA SAID	19/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2645624 Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : ACHKY

Identifiant du patient : H0120006592

Date de naissance : 20/03/1937

Sexe : M

Date de l'examen : 19/11/2020

Prélevé le : 19/11/2020 à 10:23

Edité le : 19/11/2020 à 11:41

EL BADA SAID

Dossier N° : 20113161



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.17	10 ¹² /l	4.08 - 5.6	3.85 10 ¹² /l (04/11/2020)
Hémoglobine	:	10.9	g/dl	12.9 - 16.7	12.7 g/dl (04/11/2020)
Hématocrite	:	30.2	%	38 - 49	36.4 % (04/11/2020)
VGM	:	95.3	fl	83 - 97	94.5 fl (04/11/2020)
CCMH	:	36.1	g/dl	32.3 - 36.1	34.9 g/dl (04/11/2020)
TCMH	:	34.4	pg	27.8 - 33.9	33.0 pg (04/11/2020)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	3.91	10 ³ /mm ³	3.8 - 10.0	7.10 10 ³ /mm ³ (04/11/2020)
P. Neutrophiles	:	51.7	%	2.02 10 ³ /mm ³ 1.6 - 5.9	62.2 % (04/11/2020)
P. Eosinophiles	:	3.6	%	0.14 10 ³ /mm ³ 0.03 - 0.50	4.1 % (04/11/2020)
P. Basophiles	:	1.5	%	0.06 10 ³ /mm ³ < 0.09	0.8 % (04/11/2020)
Lymphocytes	:	36.6	%	1.43 10 ³ /mm ³ 1.07 - 4.10	24.9 % (04/11/2020)
Monocytes	:	6.6	%	0.26 10 ³ /mm ³ 0.23 - 0.71	8.0 % (04/11/2020)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	173	10 ³ /mm ³	140 - 385	201 10 ³ /mm ³ (04/11/2020)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 19/11/2020 à 11:41

Signature

RAZIK Nadia

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.0233
E-mail : labo@fckm-bck.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.



Horaires

Lundi-Vendredi (07h30 à 20h00)

Samedi (07h30 à 15h00)

Téléphone : +212 529 05 02 31

Email : lnr@fckm.ma

Externe

Dossier : 20113161

Dossier : **20113161**

de : **EL BADA SAID**

IPP : **H0120006592** Date de naissance : **20/03/1937**

Analyses : NFS - Numération formule sanguine + plaquettes