

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-548049

ND : 56437

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5198 Société : .....

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : El bouda Said

Date de naissance : 20/03/1937

Adresse : 9 place belair, casablanca

Tél. : 0661 1234 73 Total des frais engagés : 158 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2020

Nom et prénom du malade : El bouda 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

Signature de l'adhérent(e) : .....



### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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 et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/11/20	B.0140	168 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

## Reçu de caisse

N° : 20110408513771101 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000268479	EL BADA SAID	04/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	ATW n° 401141 MR EL BADA SAID	168,00
PAYANT	Total payé	168,00
CENT SOIXANTE-HUIT DIRH		

Reçu établi par : AMASEM

Laboratoire National de Référence  
Tel : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fekni-lab.ma



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 108488 / 2020 du 04/11/2020

Nom patient	EL BADA SAID	Entrée	04/11/2020
	PAYANTS	Sortie	04/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00	168,00
			Sous-Total	168,00
Total Clinique				168,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	168,00
CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS		

Laboratoire National de référence  
Tél : 05 29 03 53 45  
E-mail : labo@fckm-hck.ma



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Dr. Rada Sata

1/ NFS

2/ Urac

Quatre

Pr. Ass. SMALI Nabil  
Oncologie Médicale  
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca  
09 17 620 6

Identifiant du patient : H0120006592

Date de naissance : 20/03/1937

Sexe : M

Date de l'examen : 04/11/2020

Prélevé le : 04/11/2020 à 09:00

Edité le : 04/11/2020 à 11:19

**EL BADA SAID**

**Dossier N° : 20110556**

**Docteur ISMAILI NABIL**

**Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT**



## BIOCHIMIE SANGUINE

### IONOGRAMME

CRÉATININE SANGUINE : 9.0 mg/L 6.7 - 11.7  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

URÉE : 0.47 g/L 0.17 - 0.49  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

Le 04/11/2020 à 11:19

Signature

RAZIK Nadia



**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 :** H0120006592

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

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 04/11/2020

**Prélevé le :** 04/11/2020 à 09:00

**Edité le :** 04/11/2020 à 11:19

**EL BADA SAID**

**Dossier N° :** 20110556

**Docteur ISMAILI NABIL**

**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>3.85</b>	10 <sup>12</sup> /l	4.08 - 5.6	3.47 10 <sup>12</sup> /l (21/10/2020)
Hémoglobine	:	<b>12.7</b>	g/dl	12.9 - 16.7	11.8 g/dl (21/10/2020)
Hématocrite	:	<b>36.4</b>	%	38 - 49	33.9 % (21/10/2020)
VGM	:	94.5	fl	83 - 97	97.7 fl (21/10/2020)
CCMH	:	34.9	g/dl	32.3 - 36.1	34.8 g/dl (21/10/2020)
TCMH	:	33.0	pg	27.8 - 33.9	34.0 pg (21/10/2020)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.10	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 10.0	5.20 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (21/10/2020)
P. Neutrophiles	:	62.2	%	4.42 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.6 - 5.9	59.3 % (21/10/2020)
P. Eosinophiles	:	4.1	%	0.29 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.03 - 0.50	2.9 % (21/10/2020)
P. Basophiles	:	0.8	%	0.06 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.09	1.2 % (21/10/2020)
Lymphocytes	:	24.9	%	1.77 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.07 - 4.10	28.7 % (21/10/2020)
Monocytes	:	8.0	%	0.57 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.23 - 0.71	7.9 % (21/10/2020)

#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	201	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	140 - 385	205 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (21/10/2020)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 04/11/2020 à 11:19

Signature

RAZIK Nadia



**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.