

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- N° 037528/4130

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique 50669

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SIMOU Yassin

Date de naissance : 25 Mars 1988

Adresse : Rue Richelieu Zone Urbaine NSR n° 174  
NSR Casablanca

Tél : 0661472229 Total des frais engagés : 1393,35 → Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2020

Nom et prénom du malade : SIMOU Yassin

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie + HVA

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 : 25/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Handwritten signature]*



# 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 |
|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25-10-2020      | voir facture n° 105155 |                       | 918,85                          | Hôpital Cheikh Khalifa Dr. BENBOU Samir Dentiste 090061852     |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                         | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE JERRADA 01, Bd Abdelrahim Bouahia Oasis - Casablanca | 25/10/2020 | 275,00                |
|  | 25/10/2020 | 199,10                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 25-10-2020 | examens                      |                        |
|   | 2020       | Budget                       |                        |
| voir facture n° 105155                              |            |                              |                        |

## 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 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

| 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 | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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

Or

2000265073 / 170408100357SA

Prénom : Yassin

Nom : SIMOU

DDN : 25/03/1958 E: 25/10/2020

Service : URGENCES (NA)

Casablanca, le :

25/10/2020

PAYANT

Sexe: M

COVERSYL®  
Pseudothérapie  
Comprimés pelliculaires sécables  
5 mg

1 Régime peu salé

101.80 2/ Coversyl 5 (4s)

1 - 0 - 0

97.70

3/

Amp 5mg (4s)

0 - 0 - 1 (TA) 149/90

199.80

Adressé à son  
cardio traitant



# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

25/10/2020

Mr. Siraou Yassin

222.00

1) Augmentin 2



13.00

2) Enoxal 500



2

53.00

13.00

275.00

PHARMACIE JERRAD  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 27 54 40 / 05 22 99 47 20

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. BENBOU Samir  
Urgentiste

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom : *SI MOHAMED*

Casablanca le : *25/10/2020*

**BILAN  
BIOLOGIQUE**

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Hémato/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  
Des urgences

*Dr. BENBOU Samir*  
Urgentiste



Identifiant du patient : 170408100357SA

Date de naissance : 25/03/1958

Sexe : M

Date de l'examen : 25/10/2020

Prélevé le : 25/10/2020 à 14:49

Edité le : 26/10/2020 à 09:16

**SIMOU YASSIN**

**Dossier N° : 20104136**

**Docteur BENBOU SAMIR**

**Service : URGENCE**



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

#### LIGNÉE ROUGE

|             |   |      |                     |             |
|-------------|---|------|---------------------|-------------|
| Hématies    | : | 5.09 | 10 <sup>12</sup> /l | 4.28 - 6    |
| Hémoglobine | : | 4.8  | g/dl                | 13.0 - 18.0 |
| Hématocrite | : | 42.7 | %                   | 39 - 53     |
| VGM         | : | 83.9 | fl                  | 78 - 98     |
| CCMH        | : | 34.7 | g/dl                | 31.0 - 36.5 |
| TCMH        | : | 29.1 | pg                  | 26 - 34     |

#### LIGNÉE BLANCHE

|                 |   |      |                                  |   |
|-----------------|---|------|----------------------------------|---|
| Leucocytes      | : | 6.80 | 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> | 4 - 11  |
| P. Neutrophiles | : | 65.9 | %                                | 4.48 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7   |
| P. Eosinophiles | : | 2.5  | %                                | 0.17 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.63 |
| P. Basophiles   | : | 0.6  | %                                | 0.04 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11      |
| Lymphocytes     | : | 25.0 | %                                | 1.70 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8   |
| Monocytes       | : | 6.0  | %                                | 0.41 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.18 - 1.00 |

#### PLAQUETTES

|            |   |     |                                  |           |
|------------|---|-----|----------------------------------|-----------|
| Plaquettes | : | 173 | 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> | 150 - 400 |
|------------|---|-----|----------------------------------|-----------|

## HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

### TAUX DE PROTHROMBINE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

|    |   |     |     |          |
|----|---|-----|-----|----------|
| TQ | : | 2.4 | sec |          |
| TP | : | 100 | %   | 70 - 100 |

Le 26/10/2020 à 09:16

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence  
Pr. ANASS YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
HÔPITAL CHU DE CASABLANCA

**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 : 170408100357SA

Date de naissance : 25/03/1958

Sexe : M

Date de l'examen : 25/10/2020

Prélevé le : 25/10/2020 à 14:49

Edité le : 26/10/2020 à 09:16

**SIMOU YASSIN**

Dossier N° : 20104136

Docteur BENBOU SAMIR

Service : URGENCE



## TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

|                        |   |      |     |       |
|------------------------|---|------|-----|-------|
| Témoin                 | : | 29.2 | sec |       |
| Sujet                  | : | 28.5 | sec |       |
| TCA sujet / TCA témoin | : | 0.97 |     | < 1.2 |

## BIOCHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

### IONOGRAMME

|                              |   |       |        |             |
|------------------------------|---|-------|--------|-------------|
| SODIUM (Na <sup>+</sup> )    | : | 137   | mEq/l  | 136 - 145   |
| POTASSIUM (K <sup>+</sup> )  | : | 4.0   | mEq/l  | 3.5 - 5.1   |
| CHLORURES (Cl <sup>-</sup> ) | : | 105   | mEq/l  | 98 - 107    |
| RÉSERVE ALCALINE             | : | 24.93 | mEq/l  | 22 - 30     |
| PROTEINES TOTALES            | : | 75    | g/L    | 64 - 83     |
| CALCIUM                      | : | 95    | mg/L   | 85 - 101    |
|                              | : | 2.36  | mmol/L | 2.12 - 2.52 |
| URÉE                         | : | 0.30  | g/L    | 0.15 - 0.45 |
| CRÉATININE SANGUINE          | : | 10.42 | mg/L   | 7 - 13      |

### BILAN HÉPATIQUE

|                          |   |    |      |        |
|--------------------------|---|----|------|--------|
| TRANSAMINASES ASAT(SGOT) | : | 20 | UI/L | 5 - 34 |
| TRANSAMINASES ALAT(SGPT) | : | 32 | UI/L | < 55   |

Le 26/10/2020 à 09:16

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence  
Pr. YAHYAOUI ANASS  
Médecin Biologiste

**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.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 2010251443138190 / 2 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2000265073       | SIMOU YASSIN   | 25/10/2020        |

| Mode paiement           | Références du paiement                  | Montant Dhs |
|-------------------------|---|-------------|
| Chèque                  | AWB/647284<br>MME HAKIMA AFRITE BENNANI | 804,00      |
| PAYANT                  | Total payé                              | 804,00      |
| HUIT CENT QUATRE DIRHAM |   |             |

Reçu établi par : ABD.KAR

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 63 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@hckm.hck.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 105155 / 2020 du 25/10/2020

|             |                     |        |            |
|-------------|---------------------|--------|------------|
| Nom patient | <b>SIMOU YASSIN</b> | Entrée | 25/10/2020 |
|             | <b>PAYANTS</b>      | Sortie | 25/10/2020 |

| Désignation des prestations                       | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire     | Montant       |
|---|--------|------------|-------------------|---------------|
| - Consultation initiale d'urgences hors déchocage | 1,00   |            | 100,00            | 100,00        |
| - Consultation de spécialiste en urgence          | 1,00   |            | 200,00            | 200,00        |
| EXAMENS BIOLOGIE                                  | 1,00   | B0420      | 504,00            | 504,00        |
|   |        |            | <i>Sous-Total</i> | 804,00        |
| PHARMACIE   | 1,00   |            | 114,85            | 114,85        |
|   |        |            | <i>Sous-Total</i> | 114,85        |
| <b>Total Clinique</b>                             |        |            |                   | <b>918,85</b> |

|   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :           | <b>Total</b> | <b>918,85</b> |
| NEUF CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES |              |               |
|   |              |               |

  
 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

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/10/2020

17:22

|               |              |                  |            |
|---------------|--------------|------------------|------------|
| Nom Patient : | SIMOU YASSIN | Numéro dossier : | 2000265073 |
|---------------|--------------|------------------|------------|

| Date            | Produit consommé                         | N° BS  | Quantité | Prix Unit. | Total  |
|-----------------|--|--------|----------|------------|--------|
| 25/10/2020      | INTRANULE G 20                           | 953297 | 1,00     | 1,82       | 1,82   |
| 25/10/2020      | SERINGUE 10ML                            | 953297 | 2,00     | 0,84       | 1,68   |
| 25/10/2020      | COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5        | 953297 | 1,00     | 1,21       | 1,21   |
| 25/10/2020      | TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO | 953297 | 1,00     | 0,55       | 0,55   |
| 25/10/2020      | EXACYL 0,5g Injecta (05)(1)              | 953297 | 1,00     | 5,54       | 5,54   |
| 25/10/2020      | NICARDIPINE A 10mg/10ml Injecta (10)(1)  | 953297 | 1,00     | 9,61       | 9,61   |
| 25/10/2020      | TAMPON NASAL DROIT 80MM CLARITAS         | 953341 | 2,00     | 93,60      | 187,20 |
| 25/10/2020      | SERINGUE 10ML                            | 953341 | 1,00     | 0,84       | 0,84   |
| 25/10/2020      | TAMPON NASAL DROIT 80MM CLARITAS         | 953346 | -1,00    | 93,60      | -93,60 |
| Total pharmacie |  |        |          |            | 114,85 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N° INFO 800001000

| Date         | N° Admission | Prestataire | Prestation                          | Nombre | PU   | Montant       |
|--------------|--------------|-------------|-------------------------------------|--------|------|---------------|
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | Créatinine sanguine                 | 1      | 1,20 | 36,00         |
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | Ionogramme (NA K CL RA PT CA)       | 1      | 1,20 | 120,00        |
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | NFS - Numération formule sanguine + | 1      | 1,20 | 96,00         |
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | Taux de Prothrombine (TP) +INR      | 1      | 1,20 | 48,00         |
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | Temps de céphaline active           | 1      | 1,20 | 48,00         |
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | Transaminases(ASAT,ALAT)            | 1      | 1,20 | 120,00        |
| 25/10/2020   | 2000265073   | LIMS        | Urée                                | 1      | 1,20 | 36,00         |
| <b>Total</b> |              |             |                                     |        |      | <b>504,00</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°IND 000001262



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25/10/2020

Quittance - Paiement espèces 0519350

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 114,85

Patient : Simon - Faffine

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.h...