

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.

Adresses Mails utiles

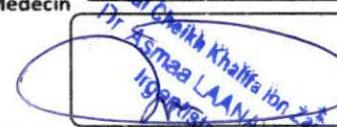
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-506959

NO: 18739

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6419	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RASSID SAIDI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661566363	Total des frais engagés :	1.277 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	30/01/2020	Age :	50 ans
Nom et prénom du malade :		Aissaoui Lamine	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 20 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) :

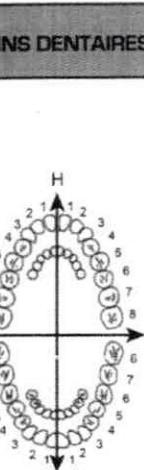
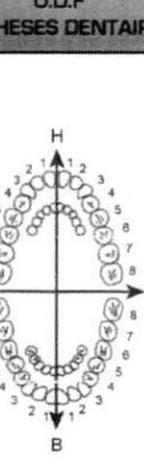


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/01/2016	cl	34000	INP : <input type="text"/>	<i>Khatri Dr. Rakesh KANAKA</i>
20/01/2016	traitement	71.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL LOTE Mme. REHUELOU 313, Bd. Aïcha Casablanca - TÉL. 05-22-10-10-10</i>	<i>20/1/10</i>	<i>64,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr IBRAHIMI Nabil Radiologue	28/01/2023	Echo Abdo Pector	500

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	30/07/2000 BIOLOGIE				336

RELEVE 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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	B															
	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



2000176257 / 180205220731KA

Prénom : IMANE

Nom : ABOUSAID

DDN : 10/06/1983 E: 29/01/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

28/01/2020

Urgences

Casablanca, le :

27,50

Abousaïd IMANE

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
LOT: 9MAY104
PER.: 05 2021
P.P.V : 37DH10



+ Sopofor :
27,50 Lip x 31 J

HARMACHE ALI LOT
Mme. PEREJOLOU HARMACHE
313, Bd. Oued Noun Casablanca
Casablanca, Tél: 022.51.60.23

+ Peu shys Sinop :
37,10 100ml 31 J Ant flesrept.

64,60

Hôpital Cheikh Khélifa Ibn Zayd
Dr. Aoumaa LAANNA
11/01/2020

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

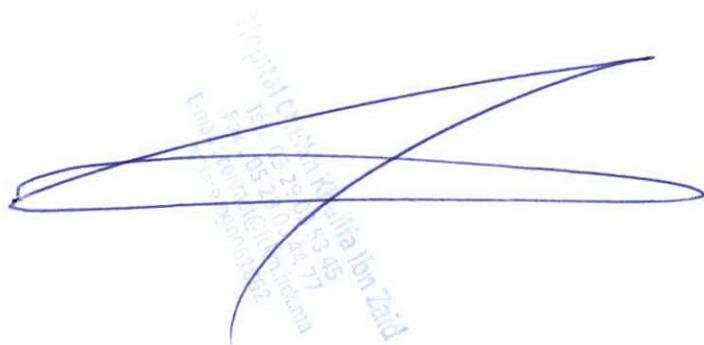
1026261

2000176257

30/01/2020

02:39

Date	Nº Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
30/01/2020	2000176257	LIMS	Lipase	1	1,20	120,00
30/01/2020	2000176257	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
30/01/2020	2000176257	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
						Total 336,00



A large, dark blue ink signature or mark is centered on the page. It appears to be a stylized, abstract shape, possibly a logo or a personal signature, rendered in a thick, fluid line.

Handwritten text in blue ink is visible through the paper, appearing as a watermark-like effect:

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
2000176257
30/01/2020
1026261

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ABOUSAID IMANE

Nº Facture 14 010

2000176257

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	6,54	6,54
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1	14,10	14,10
CLOPRAUME 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	29,90	29,90
SPASFON 40mg Injecta (06)	2	3,43	6,86
Sous-Total médicaments			58,79
BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	1	4,99	4,99
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	1	5,14	5,14
INTRANULE G 20	1	1,82	1,82
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,20	5,20
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,44	0,44
Sous-Total consommable médical			18,43
Total pharmacie			77,22

W. 181 Chemin
Tel. 05 23 14 05
1 - 05 23 14 05
E-mail: [...](mailto:...@...)

Coller Etiquette De BAF


 2000176257 / 180205220731KA
Prénom : IMANE
Nom : ABOUSAID
DDN : 10/06/1983 **E :** 29/01/2020
Service : URGENCES (NA)


PAYANT
Sexe: F

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 Hépato-pancréatique :**

- ASAT - ALAT
- BC - BN - BT
- Gamma GT
- PA

LIPASEMIE

• **Bilan cardiaque :**

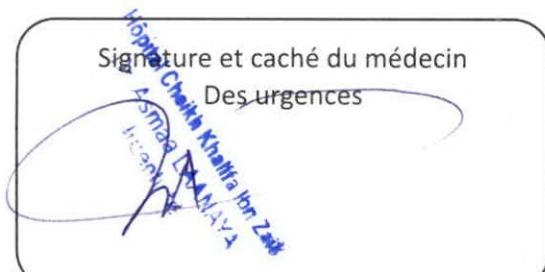
- Troponines
- BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin

Des urgences



Coller Etiquette De BAF



2000176257 / 180205220731KA

Prénom : IMANE

Nom : ABOUSAID

DDN : 10/06/1983 E: 29/01/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age : ... 27 ans

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Douleur de l'hypochondre droit
avec Signe de Murphy positif

• RADIO STANDARD :

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : Abdominopelvienne

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
FAQUIR NADA
MEDECIN INTERNE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

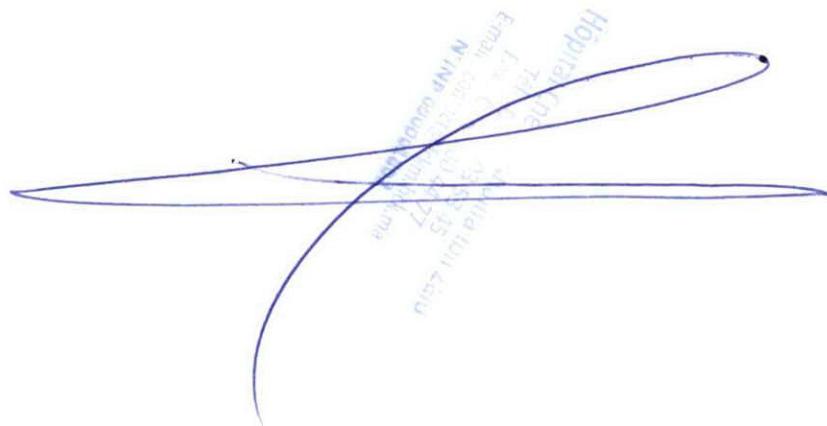
F A C T U R E

N° : 14010 / 2020 du 30/01/2020

Nom patient	ABOUSAID IMANE	Entrée	29/01/2020
	PAYANTS	Sortie	30/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdomino-pelvienne	1,00		500,00	500,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0280	336,00	336,00
			<i>Sous-Total</i>	1 136,00
PHARMACIE	1,00		77,22	77,22
			<i>Sous-Total</i>	77,22
Total Clinique				1 213,22

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 213,22
MILLE DEUX CENT TREIZE DIRHAMS VINGT-DEUX CENTIMES		



A large, handwritten signature is written over a circular blue ink stamp. The stamp contains the text "Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd" around the top edge, and "Centre hospitalier universitaire" in the center. The signature is written in black ink and appears to be a personal name.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29 / 01 / 2016

Quittance - Paiement espèces

452735

IPP :

N° D'admission : Montant : 1016

Patient : Imane Abousaid

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 30 / 07 / 2020

Quittance - Paiement espèces

454707

IPP :

N° D'admission : Montant : 120 dh

Patient : ABOUSAIID IMANE

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

Identifiant du patient : 180205220731KA

Date de naissance : 10/06/1983

Sexe : F

Date de l'examen : 30/01/2020

Prélevé le : 30/01/2020 à 00:16

Edité le : 30/01/2020 à 01:48

Mme ABOUSAID IMANE

Dossier N° : 20016121

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.36	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	11.7	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	34.9	%	34 - 53
VGM	:	80.0	fL	76 - 96
CCMH	:	33.5	g/dl	31 - 36
TCMH	:	26.8	pg	24.4 - 34.0

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	11.78	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	64.9	%	7.65 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.9	%	0.22 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.5	%	0.06 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	25.4	%	2.99 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	7.3	%	0.86 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	385	$10^3/mm^3$	150 - 445
------------	---	-----	-------------	-----------

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 30/01/2020 à 01:48

Signature

EL HAMMOUMI Hafida

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb 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 : 180205220731KA**Date de naissance :** 10/06/1983**Sexe :** F**Date de l'examen :** 30/01/2020**Prélevé le :** 30/01/2020 à 00:16**Édité le :** 30/01/2020 à 01:48**Mme ABOUSAID IMANE****Dossier N° :** 20016121**Service :** URGENCE

CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 7.64 mg/l < 8
(Immunoturbibimétrie / 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

LIPASE : 22 UI/l 8 - 78



Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 30/01/2020 à 01:48

Signature

EL HAMMOUMI Hafida

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb 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.

Casablanca , le 30/01/2020

PATIENT

: ABOUSAID IMANE

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

Renseignements cliniques: .Douleur de l'hypochondre droit avec signe de murphy positif.

Résultats :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, microlithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal. (VBP=4.5cm)
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Reins de taille et de situation normale, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale. Absence de dilatation pyelo-calicielle.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.
- Utérus de taille normale, à contours réguliers et d'échostructure homogène. La ligne de vacuité est fine.
- Ovaires de taille et de morphologie normale.
- Absence de masse latéro-utérine.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

Au total :

Vésicule biliaire microlithiasique non compliquée.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr IBRAHIMI**

Dr GUERROUM



Dr. IBRAHIMI Manal
Radiologue

Casablanca, le 29/01/2020.

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné
Mr/Mme Le 29/01/2020.

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Colique hépatique

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitemet symptomatique

Bilan Biologique

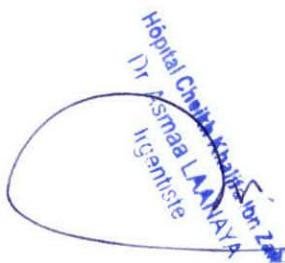
Bilan Radiologique :

- Radio /
- Echographie / Audacieuse
- Scanner /
- IRM /
- Autres : /

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA,

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : ABOUSAID IMANE		
Chambre : NA		
Médecin traitant	LAANAYA ASMAA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	29/01/2020	
Date sortie	30/01/2020	02:34
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : MOH.RHO 30/01/2020 02:41 2000176257		