

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

- 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'Unité - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-506959

NO: 18739

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

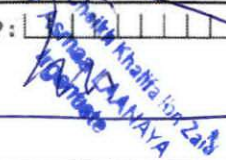
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

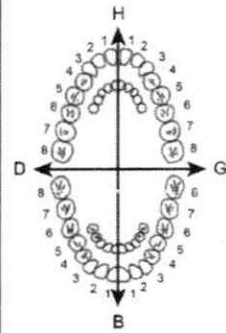
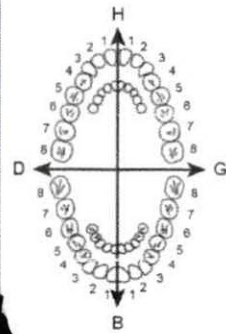
Le :

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
29/10/16	cc	30000		INP :  Dr. Khattab Khattab Ibn Zaki
29/10/16	Travail	77,89		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL LOTTE Mme. BEJELLOU 313, Bd. de l'Indépendance Casablanca - Tél. 022.81.11.11	29/11/16	64,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. IBRAHIMI M. Radiologue	29/10/16	F. Cho Abd Rebr	500

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/11/16	Biologie				336

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			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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	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														



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KH
SOINS FORMATION REC

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



2000176257 / 180205220731KA

Prénom : IMANE

Nom : ABOUSAID

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

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

Ordonnance

Casablanca, le :

Ahousaid IMANE

27,50

LOT : 9MA104
PER : 05 2021

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML

P.P.V : 37DH10



HARMACIE EL LOUF
Mme. BEJELLOU NAJMA
313 Bd. Oued Reggaf El Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.60.23

+ Spirofon :

27,50 1cp x 31

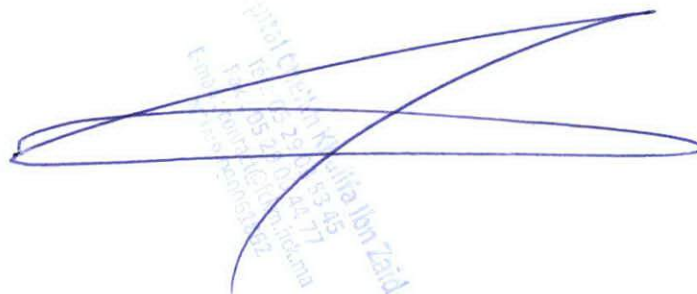
+ Peridys Sinop :

37,10 1cp x 31 Ant les repas.

64,60

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr Asmaa LAANANI
19/01/2020

Date	N° 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


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Rue 155-23, 00447-77
Doha, Qatar
Tél: +966 11 461 1111
Fax: +966 11 461 1112

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ABOUSAID IMANE		N° Facture	14 010	2000176257
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	6,54	6,54	
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1	14,10	14,10	
CLOPRAME 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	

[Signature]

[Stamp: Hôpital Cheikh... 05 21 81 77]



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 Hépto-pancréatique :

☐ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☒ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☐ Troponines

☐ BNP

Autres :

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

Signature et caché du médecin
Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Asmaa El-Mansoury
Licencié

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 : Abdomino-pelvienne

• SCANNER :

☐ Avec injection

☒ Sans injection

Créat :

BHCG : ☒ Positive

☐ négative

• IRM

Hôpital International Cheikh Khalifa
Service Radiologie
Tel : (+212) 0529004466
www.hck-fckm.ma

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

urgences
FAOUA 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

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

A large, stylized handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text 'Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid' and 'N° INP 090061862'.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 29 / 07 / 2024

Quittance - Paiement espèces

452735

IPP :

N° D'admission : Montant : 1016

Patient : Marlene Bonnard

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 : ABENSAID 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 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 : 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



CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PRÔTÉINE C RÉACTIVE : 7.64 mg/l < 8

(Immunoturbidimétrie / 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 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.



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 Manat
Radiologue

Casablanca, le 29/02/2020.

COMPTE RENDU

Je soussigné,  Certifie avoir examiné
Mr/Mme ABOUSAMIR ZAYANE Le 29/02/2020.
Admis(e) au service des urgences.
Se plaignant de Colique hépatique

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique


Bilan Radiologique :

- Radio 1
- Echographie Ausculatoire
- Scanner /
- IRM /
- Autres : /

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin


Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Asmaa LAAANAY
Urgentiste

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		