

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.

Nº P19- 047914

~~Nº = 28587~~

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **459**

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19-047914**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|-------|--|
| SF = | Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI = | Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| AMM = | Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| AMI = | Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP = | Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY = | Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z = | Electro - Radiologie |
| B = | Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
'actes répétés en plusieurs séances ou actes
lobaux comportant un ou plusieurs échelonnements
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 303363

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SILLALE ABDELLATIF

Matricule : 4559 Fonction RETRAITE 2020 Poste :

Adresse : LOFTISSEMENT ENNOUR ALI KHOURI N° 2 LA MASSANI

Tél. : 06.60.90.30.27 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mme SILLALE Keltoum Age 05 10 60

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Cas le 04 / 03 / 20 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 303363

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



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
04/07/22 22	AN 9 30/11/22 1220		11500 F	Dr. Cheikh Khalifa Ibrahima Dr. Rajaa Léahat Nigerian

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

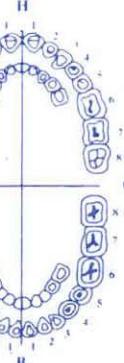
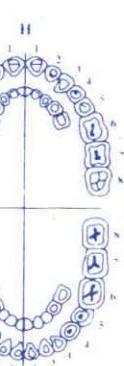
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 04 / 03 / 2020

KOL-THU 75 SULLIANE

1) Regime
1 kg de poisson



avis endocrinie

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom : *SILVIA REZTOUME*

Casablanca le : *04/13/2020*

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

● Hémato/Hémostase :

NFS - Pq

Groupage - Rhésus

RAI

TP - TCK

INR

D-DIMERES

● Bilan Hépato-pancréatique :

ASAT - ALAT

BC - BN - BT

Gamma GT

PA

LIPASEMIE

● Bilan Infectieux

CRP

VS

ECBU

Hémoculture

PCT

● Bilan cardiaque :

Troponines

BNP

Autres :

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

● Bilan Métabolique

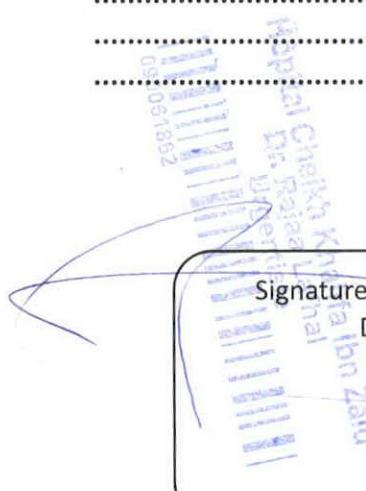
Ionogramme sanguin

Urée - Créatinémie

Glycémie

Signature et caché du médecin

Des urgences



Coller Etiquette De BAF


 2000192838 / H0120008323
 Prénom : Keloume
 Nom : SILLARE
 DDN : 05/07/1960 E: 04/03/2020
 Service : URGENCES (NA)


PAYANT
 Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

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

• **RADIO STANDARD :**

FACE

PROFIL

• **ECHOGRAPHIE :**

• **SCANNER :**

Avec injection Sans injection

Créat : BHCG : Positive négative

• **IRM :**

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 30555 / 2020 du 04/03/2020

Nom patient	SILLARE KELTOUME	Entrée	04/03/2020
	PAYANTS	Sortie	04/03/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie du thorax sous une incidence	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0520	624,00	624,00
			<i>Sous-Total</i>	1 104,00
PHARMACIE	1,00		54,67	54,67
			<i>Sous-Total</i>	54,67
Total Clinique				1 158,67

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 158,67
MILLE CENT CINQUANTE-HUIT DIRHAMS SOIXANTE-SEPT CENTIMES		

Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: zain@med.tn - philippe2
N°NP 70000152

Casablanca , le 04/03/2020

PATIENT : SILLARE Keltoume
MEDECIN TRAITANT : DR R. LAFHAL
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Poumon F

Résultats :

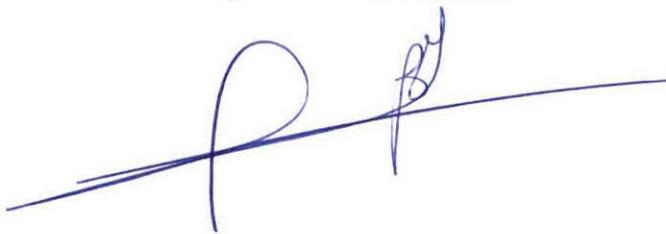
- Absence de lésion nodulaire ou de foyer d'allure évolutive suspect.
- Respect de la silhouette cardio-médiastinale.
- Absence d'épanchement pleural.

Au total :

- Radio de poumon sans anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr Benrami



Identifiant du patient : H0120008323

Date de naissance : 26/06/1959

Sexe : F

Date de l'examen : 04/03/2020

Prélevé le : 04/03/2020 à 01:52

Édité le : 04/03/2020 à 02:35

Mme SILLARE KELTOUME

Dossier N° : 20030630

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT

: Mi-jet

ASPECT MACROSCOPIQUE

: Légèrement trouble

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes

: $< 10^4/\text{mL}$

$< 10^4/\text{mL}$

Hématies

: $2* 10^3/\text{mL}$

$< 10^3/\text{mL}$

Cellules épithéliales

: Quelques

Autres cellules

: Absence

Cylindres

: Absence

Cristaux

: Absence

Eléments fongiques

: Absence

CULTURE

Culture sur CLED

:

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 04/03/2020 à 02:35

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.

Spécialités

 Cytogénétique
 Biologie moléculaire
 Dépistage néonatal-prénatal

 Biologie cellulaire
 Biologie médicale
 Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0120008323

Date de naissance : 26/06/1959

Sexe : F

Date de l'examen : 04/03/2020

Prélevé le : 04/03/2020 à 01:52

Édité le : 04/03/2020 à 02:35

Mme SILLARE KELTOUME
Dossier N° : 20030630

Service : URGENCE


CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 6.09 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

IONOGRAMME

SODIUM (Na ⁺)	:	140 mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K+)	:	3.9 mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl ⁻)	:	103 mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	26.00 mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	65 g/L	64 - 83
CALCIUM	:	88 mg/L 2.19 mmol/L	85 - 101 2.12 - 2.52
URÉE	:	0.32 g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	10.45 mg/L	6 - 12
GLYCÉMIE A JEUN	:	3.76 g/L	

Consensus :

0.6 à 1 g/l : glycémie à jeun
 1 g/l à 1.26 g/l : diminution de la tolérance au glucose
 >1.26 g/l : Diabète (observé sur 2 prélèvements distincts)

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

Le 04/03/2020 à 02:35

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 : H0120008323

Date de naissance : 26/06/1959

Sexe : F

Date de l'examen : 04/03/2020

Prélevé le : 04/03/2020 à 01:52

Édité le : 04/03/2020 à 02:35

Mme SILLARE KELTOUME
Dossier N° : 20030630

Service : URGENCE


HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.74	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	13.7	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	40.0	%	34 - 53
VGM	:	84.4	fL	76 - 96
CCMH	:	34.3	g/dl	31 - 36
TCMH	:	28.9	pg	24.4 - 34.0

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.70	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	45.9	%	3.53 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	1.6	%	0.12 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.8	%	0.06 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	44.3	%	3.41 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	7.4	%	0.57 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	231	$10^3/mm^3$	150 - 445
------------	---	-----	-------------	-----------

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

Le 04/03/2020 à 02:35

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 04/03/2020.

COMPTE RENDU

Je soussigné,

Mr/Mme SILLARE KEL Tarmi Certifie avoir examiné

Admis(e) au service des urgences Le 04/03/2020

Se plaignant de infect pulmonaire

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio Fluovue
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Date : dy / dz / 2020

Quittance - Paiement espèces

0463849

IPP :

N° D'admission : Montant : 58,67

Patient : Zillane Veltone

Cachet



Date : 04 / 03 / 2005

Quittance - Paiement espèces

0463845

IPP :

N° D'admission : Montant : 1100

Patient : Keltoune Sillane

Cachet

1100

1100

Hôpital Cheikh Khalifa
Fax : 05 25 10 25 10
Email : NP@hckh.ae

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : SILLARE KELTOUME	N° Facture	30 555	2000192838
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACTRAPID HM 100UI/ml Injecta (20)	1	9,65	9,65
ANDOL 1g Injecta (01)	1	18,80	18,80
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1	14,10	14,10
Sous-Total médicaments			42,55
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,17	1,17
FLACON DE PRELEVEMENT P.SELLE 120ML	1	1,87	1,87
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
SERINGUE 1ML	1	0,78	0,78
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,44	0,44
Sous-Total consommable médical			12,12
Total pharmacie			54,67

Hôpital Cheikh Anta Diop
Tél.: 0122935353
Fax: 0122935372
Email: hcadiop@chadiop.senegal.net

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

1053592

2000192838

04/03/2020

03:39

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
04/03/2020	2000192838	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
04/03/2020	2000192838	LIMS	ECBU + Antibiogramme	1	1,20	180,00
04/03/2020	2000192838	LIMS	Glycémie à jeûn	1	1,20	36,00
04/03/2020	2000192838	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
04/03/2020	2000192838	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
04/03/2020	2000192838	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
04/03/2020	2000192838	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
Total						624,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 02 25 53 45
Fax : 02 25 53 77
Email : hckz@hckz.dz
Site : www.hckz.dz

