

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Gème 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 047914

no = 28587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4559 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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

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)
- PSY = 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 couvrant 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
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
dans 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 intervenir 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

DATE DE DEPOT

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 : **SILLARD ABDELLATIF**
Matricule : **4559** Fonction : **RETRAITE 2020** Poste :
Adresse : **LOTISSEMENT ENNOUR RUGUI 2 N°2 H. HASSANI**
Tél. : **0660 90.3027** Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **Mme SILLARD KENTOUN** Age : **05** / **07** / **60**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **pathologie**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A **Can** 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 :



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
04/04/12	N°2 30/11/12		11867	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

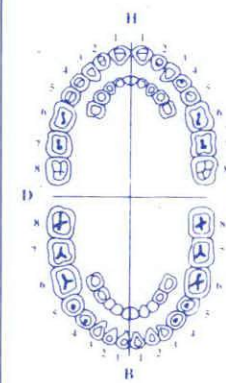
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 04/03/2020

KOUTOUSS SILVANO

1) vagin
1 gélule par jour

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Koutouss Silvano
Généraliste

Mis en ordonnance



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

SILARÉ KELLOUME

Casablanca le

04/3/2020

**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



Coller Etiquette De BAF



2000192838 / H0120008323

Prénom : Keltoume

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 Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: info@hkh.gov.qa
 N° INP: 090061862



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

Edité 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 /ml	< 10 ⁴ /ml
Hématies	:	2* 10 ³ /ml	< 10 ³ /mL
Cellules épithéliales	:	Quelques	
Autres cellules	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Éléments 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.

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

Edité 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
(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

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	85 - 101
		2.19	mmol/L	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 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 : H0120008323

Date de naissance : 26/06/1959

Sexe : F

Date de l'examen : 04/03/2020

Prélevé le : 04/03/2020 à 01:52

Edité 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 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 04/03/2020.

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifié avoir examiné
Mr/Mme SILARE KELTOUME Le 04 / 03 / 2020
Admis(e) au service des urgences
Se plaignant de infect* pulmonaire

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

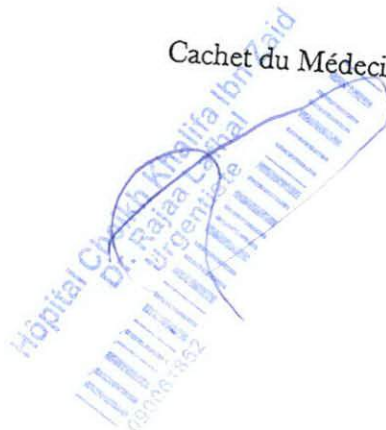
Bilan Radiologique :

- Radio Thorax
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 04 / 02 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0463849

IPP :

N° D'admission : Montant : 58,67

Patient : Zillane Helton

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 04 / 03 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0463845

IPP :

N° D'admission : Montant : 1100

Patient : Keltoune Gillane

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa International
Tél : 05 24 10 33 45 / 44 / 43
Fax : 05 24 10 33 45
Email : contact@hpi.qa

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 N. Math ...
 Tél : 00 22 22 53 16
 Fax : 00 22 22 53 16
 E-mail : ...
 N° IN : 0800 16 12

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 03 29 85 34 45
Fax: 03 29 85 34 45
Email: info@hkhz.org
N° 1053592