

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.

Éducation :

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.

Prothèse 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 ALQ :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008340

57913

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7419 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nadjoum Abderrah

Date de naissance :

Adresse : amahom 2 royal air maroc - Casablanca

Tél. : 0661334705 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 56 ans

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) :

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)
- = 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 kinsithérapeute
- 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

Ce 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
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelonnées

ns 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 venir 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 : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 030170

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MARHOUM Abderrahim
Matricule : 7418 Fonction : RNC - CCI Poste :
Adresse : Lot YOUSRA immeuble 126 Apt 3 Lixesta
Tél. : 0661334705 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age 1 8 1 2 6 4
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Nature de la maladie : Mohamed EL HABBOUT
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____
A CASA, le _____/_____/_____
Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 030170
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
09/11/20	FV2	110321	384205	
08/11/20	C	1	6	

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 border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552													
	00000000	D	00000000													
	00000000	G	00000000													
	35533411	B	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

ORDONNANCE

Le : 08/11/2020

Marhoom abderrahim.

1) TOM thoracique

~~Dr. N. MARHOUM
Spécialiste en Médecine Interne
Rhumatologie
Maladies de Système~~



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

Casablanca le

DIARHOUT
ABDEERRAHIM
09/11/2020

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Héмато/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 :

Feonine
LDH

Signature et caché du médecin

Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Mehdi Mohamed ELHABBOU
Urgentiste

Casablanca, le

09/11/2020

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme

PAR HANM ABDERRAHIM

Le : 09 / 11 / 2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de

Covid (+)

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner thoracique
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOUT
Urgentiste

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme Le : / / .

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin



Coller Etiquette De S.A.T



2000270111 / H0120029318

Prénom : ABDERRAHIM

Nom : MARHOUM

DDN : 18/12/1964 E: 09/11/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

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° : 110321 / 2020 du 09/11/2020


- Nom patient	MARHOUM ABDERRAHIM	Entrée	09/11/2020
	PAYANTS	Sortie	09/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00	1 500,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1700	2 040,00	2 040,00
			<i>Sous-Total</i>	3 840,00
PHARMACIE	1,00		2,05	2,05
			<i>Sous-Total</i>	2,05
Total Clinique				3 842,05

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS MILLE HUIT CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS CINQ CENTIMES	Total 3 842,05

Signature
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
09/11/2020	2000270111	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	D Dimères complet	1	1,20	240,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Ferritine	1	1,20	300,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Glycémie à jeûn	1	1,20	36,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Lactate Déshydrogénase (LDH)	1	1,20	60,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Procalcitonine	1	1,20	480,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Transaminases SGOT/ASAT	1	1,20	60,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Transaminases SGPT/ALAT.	1	1,20	60,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Troponine T hs	1	1,20	300,00
09/11/2020	2000270111	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					Total	2 040,00


 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 Email : contact@ckim.ma



Casablanca , le 09/11/2020

PATIENT

: MARHOUM ABDERRAHIM

TDM THORACIQUE

RC : suspicion d'une pneumopathie virale type COVID19

TECHNIQUE :TDM Acquisition axiale par des coupes volumique en haute résolution sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

1- Verre Dépoli :

OUI : En plage

2- Crazy Paving :

NON

3- Condensations :

NON

4- Signe du halo inversé :

NON

5- Bronchectasie de traction :

NON

6- Dilatation vasculaire en regard du foyer en verre dépoli :

NON

7- Distribution des lésions :

Périphérique	Postérieure	Basale
Bilatérale		

8- Pourcentage du poumon atteint : modérée

Absent	Minime (10%)	Modéré (10-25%)
Étendu (25-50%)	Sévère (50-75%)	Critique(75%)

9- Anomalie en faveur d'autres affections : NON

Micronodules	Condensations systématisées
Autres :	

10- Signes associés : NON

- Anomalie du parenchyme sous-jacent :
- Epanchement pleural :
- Adénomégalie thoracique :
- Anomalie cardio-vasculaire :

TSVP





CONCLUSION :

- Aspect TDM compatible avec une pneumopathie type COVID 19 avec atteinte lésionnelle de l'ordre de 15 %.
- Cet aspect est classé CORADS 5

Évolution des lésions :

0-4 jours	* 50% normale. * Verre dépolie, Crazy Paving, atteinte de quelques lobes.
5-8 jours	Extension du verre dépolie et du Crazy Paving.
10-13 jours	Condensations.
Après 14 jours	Résolution progressive des lésions.

CORADS : Degré de suspicion d'une infection au COVID 19 :

CORADS 1	NON	TDM Normale ou lésions non infectieuses (sarcoïdose, fibrose, tumeur..)
CORADS 2	Faible	Anomalie en rapport avec d'autres infections (bronchiolites, aspect en bourgeon d'arbre...)
CORADS 3	Indéterminée	Signes en faveur d'une infection, mais pas très évocateur du COVID 19 : verre dépoli focale, bronchopneumonie, pneumonie lobaire, embole septique...)
CORADS 4	Élevée	* Verre dépolie unilatéral. Crazy paving unilatéral. * Condensations multiples sans lésion typique associée.
CORADS 5	Très élevée	Aspect Typique : * Atteinte périphérique, bilatérale et basale. * Verre dépolie et Crazy paving : Atteinte Multifocale. * Verre dépoli et Condensations multifocales. * Signe du Halo inversé. Dilatation vasculaire.
CORADS 6	PCR +	

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fcgm.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC

Identifiant du patient : H0120029318

Date de naissance : 18/12/1964

Sexe : M

Date de l'examen : 09/11/2020

Prélevé le : 09/11/2020 à 11:51

Edité le : 09/11/2020 à 14:09

MARHOUM ABDERRAHIM

Dossier N° : 20111377

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.37	$10^{12}/l$	4.28 - 6
Hémoglobine	:	14.6	g/dl	13.0 - 18.0
Hématocrite	:	45.8	%	39 - 53
VGM	:	85.3	fl	78 - 98
CCMH	:	31.9	g/dl	31.0 - 36.5
TCMH	:	27.2	pg	26 - 34

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.61	$10^3/mm^3$	4 - 11
P. Neutrophiles	:	79.9	%	4.48 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	0.0	%	0.00 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.63
P. Basophiles	:	0.0	%	0.00 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	16.4	%	0.92 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	3.7	%	0.21 $10^3/mm^3$ 0.18 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	153	$10^3/mm^3$	150 - 400
------------	---	-----	-------------	-----------

HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

TAUX DE PROTHROMBINE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

TQ	:	12.6	sec.	
TP	:	100	%	70 - 100

Le 09/11/2020 à 14:09

Signature

RAZIK Nadia



Identifiant du patient : H0120029318

Date de naissance : 18/12/1964

Sexe : M

Date de l'examen : 09/11/2020

Prélevé le : 09/11/2020 à 11:51

Edité le : 09/11/2020 à 14:09

MARHOUM ABDERRAHIM

Dossier N° : 20111377

Service : URGENCE



TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

Témoin	:	29.2	sec.
Sujet	:	28.3	sec.
TCA sujet / TCA témoin	:	0.96	

D DIMERES COMPLET

(Technique immunoenzymatique / MiniVidas)

Recherche	:	POSITIF	
Titre	:	907.4	ng/ml

< 1.2

< 500

Hôpital L'Enfant Assouline
Tel : 05 39 03 53 45
Fax : 05 39 03 44 77
Email : contact@lcnr.ma
N° 1517/2019

Le 09/11/2020 à 14:09

Signature

RAZIK Nadia