

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-423027

88403

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4559 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SILLANE ABDELLAH

Date de naissance : 26/06/1959

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0660 903027 Total des frais engagés : 2152,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urologue

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SILLANE Keltouma Age : 61

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : bicuspidose aortique

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 18/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
18/09/2021	Vin lactique	1/11 279	1,29,42	INP : [] [] [] [] [] [Signature] Dr. Khalifa Ibn Zaid Abou Samir

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MIZA Meriem Guessous P. Lot Al Khalil - Zone A3 - Lissasfa Casablanca - Tél / Fax : 05 22 93 19 29	18/09/2021	323.00

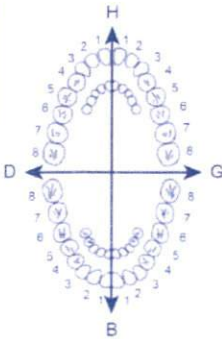
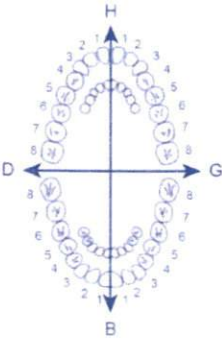
[illegible][illegible]

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"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <p style="text-align: center;">B</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

18/09/2021

19h, SALLAR

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste
090061890

22200

1) Augmentin 500
1 sk 3/4



PPV: 222,00 DH
LOT: 646253
PER: 08/22

7900

2) Derma Sept cream



2200 1 app 21

3) Cédol



PHARMACIE AL MIZA
Moroccan (unlicensed)
Lot Al Miza
Casablanca
22.00

19h 31

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste
090061890

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste
090061890



Coller Etiquette De BAF



2100397929 / H0120008323
Prénom : Keltoume
Nom : SILLARE
DDN : 05/07/1960 E: 18/09/2021
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Chute de sa hauteur chez une patiente
diabétique.
Bosse et plaie en regard parieto-occipital

• 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
Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste

Casablanca , le 18/09/2021

PATIENT : SILLARE Keltoume
MEDECIN TRAITANT : DR S. BENBOU
EXAMEN(S) REALISE(S) : Scanner Crâne sans produit de contraste

RC: traumatisme crânien

Technique : Acquisitions en mode spiralé, sans injection PC/IV, en fenêtres parenchymateuses et osseuses.

Résultat :

- ☐ Absence d'anomalie de densité parenchymateuse sus ou sous tentorielle.
- ☐ Absence de foyer contusif.
- ☐ Absence de collection hématique juxta-osseuse.
- ☐ Ligne médiane est en place.
- ☐ Système ventriculo-cisternal de situation et de morphologie normale.
- ☐ Fosse cérébrale postérieure est sans anomalie.
- ☐ A noter un hématome sous-galéal pariéto-occipital gauche.
- ☐ Absence de trait de fracture de la boîte crânienne.

Au total :

- TDM cérébrale sans anomalie ce jour.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**



Casablanca, le 18/09/2021

COMPTE RENDU

Je soussigné, Certifie avoir examiné
Mr/Mme SILLARE KELTOUNE Le : 18/9 / 2021.
Admis(e) au service des urgences.
Se plaignant de traumatisme crânien

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique α

Bilan Biologique

Bilan Radiologique : α

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e) avec ordonnance.
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 111 279 / 2021 du 18/09/21

Nom patient : **SILLARE KELTOUME**

Entrée 18/09/21

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/09/21

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Scanner cérébral	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 800,00
PHARMACIE	1,00		29,42	29,42
			Sous-Total	29,42
Total Frais Clinique				1 829,42

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE HUIT CENT VINGT-NEUF DIRHAMS QUARANTE-DEUX CENTIMES	Total 1 829,42

	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	29,42	1 800,00	1 829,42	0,00

[Signature]

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1141057								
18/09/2021	BANDE DE CREPE 10 CM	1141057	1	0	5.78	5.78	URGENCES	C
18/09/2021	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET	1141057	1	0	2.60	2.60	URGENCES	C
18/09/2021	LAME DE BISTOURI	1141057	1	0	0.68	0.68	URGENCES	C
	S/total Produit		3	0		9.06		
1141058								
18/09/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT	1141058	1	0	1.21	1.21	URGENCES	C
18/09/2021	INTRANULE G 20	1141058	1	0	1.43	1.43	URGENCES	C
18/09/2021	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECT	1141058	1	0	12.73	12.73	URGENCES	C
18/09/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1141058	1	0	4.99	4.99	URGENCES	C
	S/total Produit		4	0		20.36		
Total consommation						29,42		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 29 03 53 46
 Fax : 05 29 00 00 7
 E-mail : contact@



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 18/09/2021

Quittance - Paiement espèces 0604443

IPP :

N° D'admission : Montant : 29.42 dh

Patient : SILLARE, KEL Toume

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ichm.hck.ma
www.ichm.ma