

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Reclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 à caractère personnel.



# Déclaration de Maladie

N° W19-486645

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 287		Nom & Prénom : EZDOULI Mohammed	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : / Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EZDOULI m ed			
Age: 32			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : OPP MUPRAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 FEV 2020			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /			



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

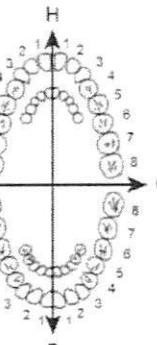
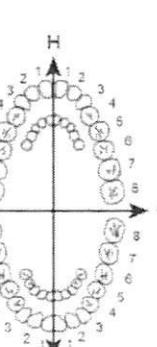
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000173875 / 180801115713GH

Prénom : Mohamed

Nom : EZDOUTI

DDN : 01/01/1928 E: 24/01/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

\* Sondage vesical



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000173875 / 180801115713GH

Prénom : Mohamed

Nom : EZDOUTI

DDN : 01/01/1928 E: 24/01/2020

Service : URGFNCFS (NA)

PAYANT

Sexe: M





2000173875 / 180801115713GH

Prénom : Mohamed

Nom : EZDOUTI

DDN : 01/01/1928 E: 24/01/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

# 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 - Crétaténémie

Glycémie

### • Bilan Hépato-pancréatique :

ASAT - ALAT

BC - BN - BT

Gamma GT

PA

LIPASEMIE

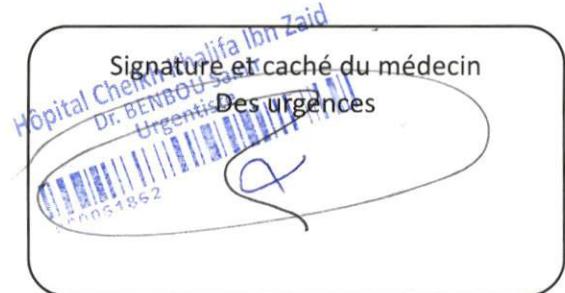
### • Bilan cardiaque :

Troponines

BNP

### Autres :

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



SERVICE DES URGENCES



2000173875 / 180801115713GH

Prénom : Mohamed

Nom : EZDOUTI

DDN : 01/01/1928 E: 24/01/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: M

Casablanca, le .....

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. BENBOU Samir  
Urgentiste

26/01/2020  
020061862

## COMPTE RENDU

Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme ..... EZDOUTI Mohamed Le 26/01/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de ..... OAP

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio ..... thorax
- Echographie ..... /
- Scanner ..... /
- IRM ..... /
- Autres : ..... sondage vaginal

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Replay

Cachet du Médecin  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. BENBOU Samir  
Urgentiste

020061862

Coller Etiquette De BAF

2000173875 / 180801115713GH

Prénom : Mohamed

Nom : EZDOUTI

DDN : 01/01/1928 E: 24/01/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

## BILAN

### RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Pneumopathie infectieuse

• RADIO STANDARD : ..... *Poumon*.....

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
RHMARI TLEMCAJI ABED  
MÉDECIN INTERNE



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 11754 / 2020 du 24/01/2020

Nom patient	<b>EZDOUTI MOHAMED</b>	Entrée	24/01/2020
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	24/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>GAZOMETRIE</b>	1,00	B	500,00	500,00
- Consultation exclusive d'urgence en salle de déchocage	1,00		450,00	450,00
- Sondage vésical	1,00		800,00	800,00
- Radiographie du thorax sous une incidence	1,00		180,00	180,00
<b>EXAMENS BIOLOGIE</b>	1,00	B1800	2 160,00	2 160,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>4 090,00</b>
<b>PHARMACIE</b>	1,00		923,53	923,53
			<i>Sous-Total</i>	<b>923,53</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>5 013,53</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE TREIZE DIRHAMS CINQUANTE-TROIS CENTIMES

**Total** 5 013,53

Emprunt Fiscal N° 090061862 Date : 20/01/2020 Signature : ...	

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

24/01/2020  
20:51

Nom Patient	: EZDOUTI MOHAMED	Numéro dossier : 2000173875			
Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
24/01/2020	MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01)	808425	1,00	24,90	24,90
24/01/2020	HYDROCORTISONE BIOCODY 100mg Injecta (01)	808425	1,00	18,00	18,00
24/01/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	808425	1,00	18,80	18,80
24/01/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	808425	1,00	5,20	5,20
24/01/2020	INTRANULE G 20	808425	1,00	1,82	1,82
24/01/2020	SERINGUE 10ML	808425	1,00	0,84	0,84
24/01/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	808425	1,00	1,17	1,17
24/01/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	808425	1,00	0,44	0,44
24/01/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	808461	-1,00	18,80	-18,80
24/01/2020	HYDROCORTISONE BIOCODY 100mg Injecta (01)	808461	-1,00	18,00	-18,00
24/01/2020	MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01)	808461	-1,00	24,90	-24,90
24/01/2020	INTRANULE G 20	808461	-1,00	1,82	-1,82
24/01/2020	INTRANULE G 18	808461	1,00	1,82	1,82
24/01/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	808461	2,00	5,14	10,28
24/01/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	808461	1,00	14,10	14,10
24/01/2020	SERINGUE 10ML	808461	1,00	0,84	0,84
24/01/2020	FURILAN 20mg Injecta (05)(1)	808461	5,00	2,44	12,20
24/01/2020	SERINGUE 1ML	808461	1,00	0,78	0,78
24/01/2020	SONDE FOLEY A BALL LATEX CH18	808461	1,00	6,24	6,24
24/01/2020	POCHE A URINE ADULT	808461	1,00	3,64	3,64
24/01/2020	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	808461	1,00	2,96	2,96
24/01/2020	OXONE 1g/10ml Injecta (01)	808461	2,00	49,60	99,20
24/01/2020	CART.CG4 X 25 TESTS	808461	1,00	140,40	140,40
24/01/2020	ELECTRODE ECG ADULTE/ENFANT	808461	3,00	0,81	2,43
24/01/2020	BANDELETTE ET LANCETTE DE GLYCEMIE	808461	1,00	4,99	4,99
24/01/2020	AVELOX 400mg Injecta (01)	808506	2,00	308,00	616,00
					<b>Total pharmacie</b>
					<b>923,53</b>

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
24/01/2020	2000173875	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	D Dimères complet	1	1,20	240,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Glycémie à jeûn	1	1,20	36,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Pro-BNP	1	1,20	600,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Procalcitonine	1	1,20	480,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Troponine I ultrasensible	1	1,20	300,00
24/01/2020	2000173875	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
						<b>Total 2 160,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 0524 29 00 53-45  
 Fax : 0524 29 00 44-77  
 Email : [IND.connex@hck.m.tn](mailto:IND.connex@hck.m.tn)  
 Site : [www.hck.m.tn](http://www.hck.m.tn)

Date : 24/11/2023

### Quittance - Paiement espèces

452454

IPP : .....

N° D'admission : .....

Montant : .....

Patient : .....  
*R2DontD*

Cachet

AB  
Février 2023  
NINP 09051862  
0529 00 44 77  
03 53 45 29 00  
Hôpital Université Internazionale del Zaid

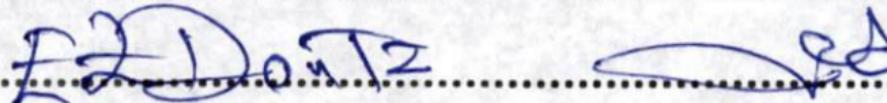
Date : 25/01/2018

## Quittance - Paiement espèces

452452

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 39,00,-

Patient : ..... E210512 ..... 

Cachet



Date : 26/06/2023

Quittance - Paiement espèces

453451

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 933,53 .....

Patient : ..... Dr. Outebi Maha HÔPITAL CHEIKH KHALIFA .....

Admission Facturation  
Cachet