

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.

Optique 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 Réclamation : 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 047330

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26767**

Matricule : 2272 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TALBA Boujemaa

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° P19-047330

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)
 - SY = 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

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

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES 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 prévenir 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



DATE DE DEPOT

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° 476902

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : T. ABO BAYJANA
Matricule : 2272 Fonction : Technicien Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : T. ABO BAYJANA Age : 40 ☐ ☐ ☐
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 Casablanca le 26 / 03 / 20
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° : 2272
Nom du patient : T. ABO BAYJANA
Date de dépôt :
Montant engagé : 3639,11
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
E 25.03.66 S 26.03.66	J F N W	38249 36391		

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

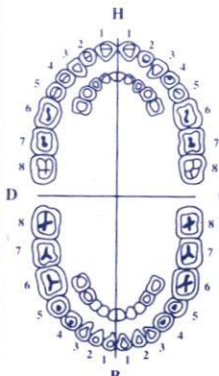
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552	
	D 00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		
	(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca , le 26/03/2020

PATIENT : TALBO Boujema
MEDECIN TRAITANT : DR M. AMI ALI
EXAMEN(S) REALISE(S) : Echographie Abdomino-pelvienne

Résultat :

- Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni image de lithiasse décelable, mesurent
Rein droit : 107 x 55 mm
Rein gauche : 104 X 55 mm
- Vessie de capacité moyenne, à paroi fine et régulière, sans anomalie endoluminale.

Au total:

Echographie rénale sans anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Benrami**


Dr M. BENRAMI
Médecin Radiologue



Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

Casablanca le

TALBO
BOUJEMA
: / /

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

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Mehdi Mohamed El Hachimi
2020



Coller Etiquette De BAF



2000200346 / H0119020021

Prénom : Boujema

Nom : TALBO

DDN : 01/01/1949 E: 25/03/2020

Service : SOINS INTENSIFS-UHCD (NA)

PAYANT
Sexe: M

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

SD. fébrile
+ ECBV (4)
2

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : Rénal. Médicale

• 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
090061002

F A C T U R E

N° 38 249 / 2020 du 26/03/2020

Nom patient : TALBO BOUJEMA

Entrée 25/03/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SOINS INTENSIFS	1,00		1 700,00	1 700,00
- Echographie rénale	1,00		400,00	400,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0250	300,00	300,00
			Sous-Total	2 400,00
PHARMACIE	1,00		639,11	639,11
			Sous-Total	639,11
Total Frais Clinique				3 039,11
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SABRINE KAMAL (urgentologie)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total prestations externes				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE SIX CENT TRENTE-NEUF DIRHAMS ONZE CENTIMES

Total 3 639,11

	Espèces	Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements	0,11	3 639,00			3 639,11	0,00

Ref Chq : 1921363770-CM/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 44 77
E-mail: contact@chkh.hck.ma
N° INP 090061862

Casablanca, le 25/03/2020

Date d'entrée : 25/03/2020

Date de sortie :

COMPTE RENDU



2000200346 / H0119020021

Prénom : Boujema

Nom : TALBO

DDN : 01/01/1949 E: 25/03/2020

Service : SOINS INTENSIFS-UHCD (NA)


 PAYANT
 Sexe: M

M^r Boujema, âgé de 71 ans, suivi pour un
 AVCI depuis Mars 2018 Avec hémiparésie
 Droite péquellière, HTA sous Coressyl et
 Rendelegic, admis pour une sd. fébrile T° 40°
 avec frissons.

Bilan Biol Spéc : NFS : PQ : GB : 21380
 D. Dimés : 840.
 triglycérides : 0.112.
 PCT : 0.88 / ECRV : (+)

Angioscanner thoracique : PAS

une hospitalisation de 48H en USI fut
 instaurée pour prise en charge diagnostique
 et thérapeutique


 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 000001001

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

26/03/2020
14:11Nom Patient : **TALBO BOUJEMA**Numéro dossier : **2000200346**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
25/03/2020	SERINGUE 10ML	847422	1,00	0,84	0,84
25/03/2020	BANDE DE CREPE 10 CM	847422	1,00	6,30	6,30
25/03/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	847422	1,00	5,14	5,14
25/03/2020	ELECTRODE ECG ADULTE/ENFANT	847422	5,00	0,81	4,05
25/03/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	847422	1,00	14,10	14,10
25/03/2020	GLUCOSE 5% Po 500 Injecta (01)	847422	1,00	15,90	15,90
25/03/2020	OXONE 1G/10ML INJECTA (01)	847422	2,00	49,60	99,20
25/03/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	847422	1,00	18,80	18,80
25/03/2020	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	847422	1,00	29,90	29,90
25/03/2020	AMIFLOX 200 MG Solutio (01)	847422	2,00	89,10	178,20
25/03/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	847422	2,00	3,43	6,86
25/03/2020	SERINGUE 10ML	847422	1,00	0,84	0,84
25/03/2020	SONDE FOLEY A BALL LATEX CH14	847422	1,00	6,24	6,24
25/03/2020	POCHE A URINE ADULT	847422	1,00	3,64	3,64
25/03/2020	SERINGUE 10ML	847422	1,00	0,84	0,84
25/03/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	847422	2,00	1,77	3,54
25/03/2020	COUCHES ADULTE L	847422	1,00	7,48	7,48
25/03/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	847422	1,00	14,10	14,10
26/03/2020	PENIFLOW ADULTE ETUI PENIEN	847451	1,00	4,84	4,84
26/03/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	847528	1,00	14,10	14,10
26/03/2020	GLUCOSE 5% Po 500 Injecta (01)	847528	1,00	15,90	15,90
26/03/2020	OXONE 1G/10ML INJECTA (01)	847612	2,00	49,60	99,20
26/03/2020	AMIFLOX 200 MG Solutio (01)	847612	1,00	89,10	89,10
Total pharmacie					639,11

mission facturation
CHEIKH KHALIFA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIENT

1068245

2000200346

26/03/2020

14:11

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
25/03/2020	2000200346	LIMS	Troponine I ultrasensible	1	1,20	300,00
Total						300,00

Commission Facturation
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date: 26 / 03 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0468116

IPP :

N° D'admission : Montant : 0,11

Patient : TALBO Boujemaa

Cachet

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Formation