

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2672

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TALIBA 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 Nº 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

DATE DE DEPOT

## 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 courant 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 kinesithérapeute
- 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 échelons  
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



# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance 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 : *TARBO Boujemaa*

Matricule : *2272* Fonction : *Recepteur* Poste :

Adresse :

Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *TARBO Boujemaa*

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Parent  Enfant

Date de la première visite du médecin : *26/10/12*

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### VOLET ADHERENT

N° 476902



Réf. imp. 302216025

## **RELEVE 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
6.25.03.66	Surveiller	1		
5.26.03.62	Surveiller	1	100000	DR. KERIM KURTALE IDRA Med. Abousahef Urgences

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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 détailé 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 s

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 PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				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 lithiase 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**





Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

JALBOU  
BOUTEMA  
: ..... / .....

Casablanca le

## 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 :

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

Signature et caché du médecin

Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca - Maroc  
Le Jourdu 10/09/2016 à 14h20  
Signature : [Signature]



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. faciale

Eurov (A)

• RADIO STANDARD : .....

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

Réno. Médiastine

• 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  
090081002

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>3 039,11</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. SABRINE KAMAL (urgentologie)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>600,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS MILLE SIX CENT TRENTÉ-NEUF DIRHAMS ONZE CENTIMES</b>	<b>Total</b>	<b>3 639,11</b>

	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 00 44 77  
 E-mail : contact@ickhk.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<sup>g</sup> Boujema, âgé de 71 ans, suivi pour un AVCI depuis Mars 2018. Avec hémiparésie droite péquinoise, HTA sous Corryl et Roediger, admis pour une sd. fébrile T<sup>39</sup> avec frissons.

Brûlé bolo Spéc : NBS : PQ : GB : 21380

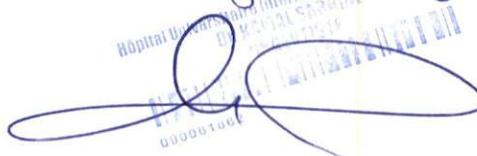
D. Dimens: 840.

Térométrie : 0,112.

RCT : 988 | ECRU : (±)

Anioscanner thoracique à RAS

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

  
000061006

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

26/03/2020

14:11

Nom Patient	: TALBO BOUJEMA	Numéro dossier :	2000200346		
Date	Produit consommé	Nº 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
<b>Total pharmacie</b>					<b>639,11</b>

CHEIKH KHALIFA  
 Issian Feltzation



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

**1068245**

2000200346

26/03/2020

14:11

Date	Nº Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
25/03/2020	2000200346	LIMS	Troponine I ultrasensible	1	1,20	300,00
						<b>Total</b> <b>300,00</b>

A handwritten signature is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text "MISSION Facturation" at the top and "HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID" at the bottom.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 26 / 03 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0468116

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 0.00

Patient : ..... TALBO Belfemai

Cachet