

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 047326

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26744**

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) : .....

**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.

**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**

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

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-047326

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)
- PSY = 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 remi 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



# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
TEL : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 476903

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ALBO BOUJELMAN  
Matricule : 2272 Fonction : Interne Poste :  
Adresse :  
Tél. : Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ALBO BOUJELMAN Age   
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Sd. fébrile  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances  
A 19.10.2020 le 25.03.2020  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION  
Matricule N° : 2272  
Nom du patient : ALBO BOUJELMAN  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 5787,79  
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
25.03.2020	DSJ		272,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	27/03/20	272,00
	27/03/2020	272,00

### 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 canalaire, 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 <input type="text"/>	
	25533412	21433552		
	D	00000000	G	MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction)		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2000200346 / H0119020021

Prénom : Boujema

Nom : TALBO

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

Service : SOINS INTENSIFS-UHCD (NA)

PAYANT

Sexe: M

ORDONNANCE

Casablanca, le :

12/4/20

Uman



170,00 1cp le soir au coucher  
102,00  
Sfuber 200



140,50  
1cp x2 1/2 pdt 10j

Spectrum 500



140,00 1cp x2 1/2 pdt 10j

Dolopranol



1cp x3 1/2 scd 10j

PHARMACIE RESERVANCE NINNAM  
Sihem GUERRAOUI  
D'ortog de Pharmacie  
4, Résidence Mohammed V  
Tél: 0212 59 40 59 - Casablanca

T: 284,90

PHARMACIE NAGAR  
Dr. Naboukhalifa  
334, Bd. Hassan II  
Casablanca  
Tél: 0212 55 20 60 25 95

PHARMACIE NAGAR  
Dr. Naboukhalifa  
334, Bd. Hassan II  
Casablanca  
Tél: 0212 55 20 60 25 95



Casablanca , le 25/03/2020

PATIENT : TALBO Boujema

## ANGIOSCANNER THORACIQUE

### TECHNIQUE :

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spirale, avec injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

### RESULTATS :

→ L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :

- Absence de nodule parenchymateux pulmonaire.
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.

→ L'analyse en fenêtres médiastinales :

- Bonne opacification de l'artère pulmonaire et ses branches proximales et distales sans mise en évidence de défaut endoluminal.
- Absence d'épanchement pleural liquidien.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

### CONCLUSION :

**Angioscanner thoracique sans anomalie**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : DR HABI/Pr MAHI

Code INPE: 011051430



Lif. MAHI Monamea  
Professeur en Radiologie  
Diagnostic et Interventionnelle  
Hôpital Universitaire  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca  
Tél. : +212 5 29 77 22 22 - Code INPE: 011051430

Casablanca, le 26/03/2019

## COMPTE RENDU



Je soussigné, ..... Certifie avoir examiné

Mr/Mme ..... Le : 26/03/2019.

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de fièvre et fatigue

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio .....
- Echographie s.e.m.a.l.e
- Scanner chgd = scanner fluorascy
- IRM .....
- Autres : .....

Patient(e) a déclaré(e) :

Sortant(e)

- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin





Coller Etiquette De BAF



2000200304 / H0119020021

Prénom : Boujema

Nom : TALBO

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

Service : URGENCES (NA)



PAYANT  
Sexe: M

# BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe :  M  F

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

*Sd fébile, D-Dimeles (+)*

• RADIO STANDARD : .....

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : *Angioscann thoracique* .....

Avec injection

Sans injection

Créat : *12* .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker

Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

*[Signature and Stamp]*

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

JALBO  
BOUJEMMA

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 - Créatinémie

Glycémie

### • Bilan Hépto-pancréatique :

ASAT - ALAT

BC - BN - BT

Gamma GT

PA

LIPASEMIE

### • Bilan cardiaque :

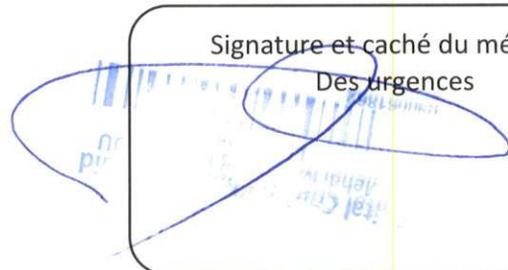
Troponines

BNP

Autres :

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

Signature et caché du médecin  
Des urgences



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**F A C T U R E**

N° **38 126 / 2020** du **25/03/2020**

Nom patient : **TALBO BOUJEMA**

Entrée **25/03/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **25/03/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Angioscanner une région	1,00		2 500,00	2 500,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1800	2 160,00	2 160,00
ECBU	1,00		180,00	180,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	5 140,00
PHARMACIE	1,00		90,89	90,89
			Sous-Total	90,89
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>5 230,89</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		<b>Total</b>	<b>5 230,89</b>
CINQ MILLE DEUX CENT TRENTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-NEUF CENTIMES			

Encaissements	<b>Espèces</b>				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	5 230,89				5 230,89	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facturation



## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/03/2020  
19:47

Nom Patient : TALBO BOUJEMA

Numéro dossier : 2000200304

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
25/03/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	847285	1,00	18,80	18,80
25/03/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	847285	1,00	6,54	6,54
25/03/2020	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	847285	1,00	1,39	1,39
25/03/2020	INTRANULE G 20	847285	1,00	1,82	1,82
25/03/2020	SERINGUE 10ML	847285	1,00	0,84	0,84
25/03/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	847285	1,00	1,17	1,17
25/03/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	847285	1,00	0,44	0,44
25/03/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	847285	1,00	3,43	3,43
25/03/2020	SONDE FOLEY A BALL LATEX CHI4	847367	1,00	6,24	6,24
25/03/2020	POCHE A URINE ADULT	847367	1,00	3,64	3,64
25/03/2020	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	847367	2,00	2,96	5,92
25/03/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	847367	1,00	1,77	1,77
25/03/2020	INTRANULE G 18	847367	1,00	1,82	1,82
25/03/2020	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	847373	2,00	2,96	5,92
25/03/2020	AIGUILLE A PONCTION LOMB G20 L90MM	847373	1,00	20,59	20,59
25/03/2020	TUBE CONIQUE 15ML STERILE	847373	3,00	2,34	7,02
25/03/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	847373	2,00	1,77	3,54
				<b>Total pharmacie</b>	<b>90,89</b>

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 Admission Reception

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
25/03/2020	2000200304	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	D Dimeres complet	1	1,20	240,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Glycémie à jeun	1	1,20	36,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Pro-BNP	1	1,20	600,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Procalcitonine	1	1,20	480,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Troponine I ultrasensible	1	1,20	300,00
25/03/2020	2000200304	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					<b>Total</b>	<b>2 160,00</b>

HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Division Facturation

Date : 25 / 3 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0468982

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : .....

Patient : TALBO BOUJEMA

Cachet

92,89017  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Admission Facilitation

0 • \*

0 • \*

.....-P

.....+P

0 • \*

170 • 00 +

102 • 00 +

272 • 00 \*