

# 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047326

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2272 Société : 26744

☐ 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° P19-047326

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 a 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 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 Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

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° 476903

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ALBO BOUJENNA

Matricule : 2272

Fonction : Interprète

Poste : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ALBO BOUJENNA

Age : 25

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 19/06/2020

le 25/03/2020

Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 2272

Nom du patient : ALBO BOUJENNA

Date de dépôt : .....

Montant engagé : 578779

Nombre de pièces jointes : .....

N° 476903





## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25.3.2020       | DS                |                       | 523058                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE NAGUIB<br>Dr Naguib Nadia<br>334, Bd Oued Daoura<br>Oujda - Casablanca<br>Tél: 05 29 29 29 29 | 25/3/20 | 272,00                |
|   |         | 284,90                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des coefficients | Montant des honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du praticien | Dates des<br>soins | Nombre |    |    |    | Montant<br>détaillé des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |                     |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|-------------------------------|---|---|---------------------|--|----------|--|----------|------------|--|------------|----------|--|----------|----------|--|----------|--|---|--|-------------------------|
|                               | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |   | H                   |  | 25533412 |  | 21433552 | D 00000000 |  | 00000000 G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                               |   | H |                     |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|                               | 25533412  |   | 21433552            |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|                               | D 00000000  |   | 00000000 G          |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|                               | 00000000  |   | 00000000            |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|                               | 35533411  |   | 11433553            |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|                               |   | B |                     |  |          |  |          |            |  |            |          |  |          |          |  |          |  |   |  |                         |
|                               |   |   | 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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEI  
SOINS FORMATION



2000200346 / H0119020021

Prénom : Boujema

Nom : TALBO

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

Service : SOINS INTENSIFS-UHCD (NA)

ORDONNANCE

المستشفى الجامعي  
الدولي  
علاج



PAYANT

Sexe: M

Casablanca, le :

12/1/20

Uman



170,00 lcp le soir au coucher  
102,00  
Sofuher 200



140,50 lcp x2 1x pdt 10 i

Spectrum 500



140,00 lcp x2 1x pdt 10 i

Dolupranol



10pdt 3/1 i sucler

PHARMACIE RESIDENCE NABAB  
Sihem GUERRAOUI  
Porteur de Pharmacie  
4, Résidence Mohammed V  
Tél: 022 59 40 59 - Casablanca

T: 284,90

PHARMACIE NABAB  
Dr. Nabab, Casablanca  
Tél: 022 59 40 59 - Casablanca

Hôpital Universitaire International CHEI  
Service de Soins Intensifs - UHCD (NA)  
Tél: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 088 868 • www.hck.ma

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabi Casablanca - Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 088 868 • www.hck.ma





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



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 rénale
- Scanner Abdo - Scapulo - Thoracique
- 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 fébrile, D-Dimeles (+)

• RADIO STANDARD : .....

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : Angioscan thoracique

☒ Avec injection

☐ Sans injection

Créat : 12

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM : .....

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

Casablanca le

JAL BO  
BOUTEMA

: ..... / .. / .....

## 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  |
|--|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES                               |        |            |               |          |
| - 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    |
| Total Frais Clinique                               |        |            |               | 5 230,89 |

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

| Encaissements | Espèces  |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
|               | 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  |
| Total pharmacie |  |        |          |            | 90,89 |

Signature  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID



| 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 Dimères complet                   | 1      | 1,20         | 240,00          |
| 25/03/2020 | 2000200304   | LIMS        | Glycémie à jeûn                     | 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> |

1068077 - CHEIKH KHALIFA  
Mission Facturation



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25 / 3 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0468982

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 92,890 17

Patient : TALBO BOUYE MA

Cachet

Hôpital Cheikh Khalifa  
Admission Reception



0 • \*

0 • \*

.....-P

.....+P

0 • \*

170 • 00 +

102 • 00 +

272 • 00 \*