

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Étage 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° W19-537014

ND: 30817 30817
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pen
 Nom & Prénom : 2000198965 / H0120009913
 Date de naissance : Prénom : Brahim
 Adresse : Nom : BENNIS
 DDN : 25/08/1940 E: 18/03/2020
 Service : URGENCES (NA)
 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 : Infection urinaire
 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) : *Bobanc*

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
14/03/22	FN2	3684/6	4967,05	INP : <input type="text"/>

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

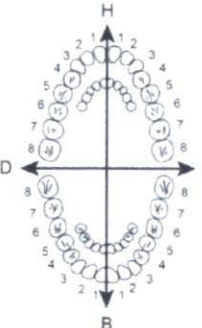
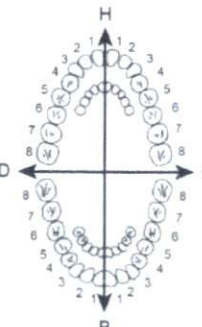
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td> </td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td> </td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td> </td></tr> <tr><td>D</td><td> </td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td> </td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td> </td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td> </td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Identifiant du patient : H0120009913

Date de naissance : 25/08/1940

Sexe : M

Date de l'examen : 18/03/2020

Prélevé le : 18/03/2020 à 11:40

Edité le : 18/03/2020 à 12:04

BENNIS BRAHIM

Dossier N° : 20033515

Service : URGENCE



CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

IONOGRAMME

URÉE	:	0.38	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	13.02	mg/L	7 - 13

Le 18/03/2020 à 12:04

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. F. OUSTI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

SERVICE DES URGENCES



2000198965 / H0120009913

Prénom : Brahim

Nom : BENNIS

DDN : 25/08/1940 E: 18/03/2020

Service : URGENCES (NA)


PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le 18/03/2020

COMPTE RENDU

Je soussigné, _____ Certifie avoir examiné
Mr/Mme BENNIS BRAHIM Le : 18/03/2020
Admis(e) au service des urgences.
Se plaignant de Fièvre

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Lipidémie.
- urée créat
- Ionogramme

Traitement symptomatique :

Bilan Biologique NFS - Pg - ASAT - ALAT
EUB - CRP - PCT - TP - TCA
Bilan Radiologique : INR - Troponine

- Radio du thorax
- Echographie
- Scanner ultra scanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- ☒ Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

0666796911

Cachet du Médecin



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 36 840 / 2020 du 18/03/2020

Nom patient : **BENNIS BRAHIM**

Entrée 18/03/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Uroscanner	1,00		2 000,00	2 000,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1920	2 304,00	2 304,00
- Radiographie du thorax sous une incidence	1,00		180,00	180,00
ECBU	1,00	B	180,00	180,00
			Sous-Total	4 964,00
PHARMACIE	1,00		3,05	3,05
			Sous-Total	3,05
Total Frais Clinique				4 967,05

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE NEUF CENT SOIXANTE-SEPT DIRHAMS CINQ CENTIMES

Total 4 967,05

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	4 967,05				4 967,05	0,00

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
18/03/2020	2000198965	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	ECBU + Antibiotogramme	1	1,20	180,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Lipase	1	1,20	120,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Pro-BNP	1	1,20	600,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Procalcitonine	1	1,20	480,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Taux de Prothrombine (TP) +INR	1	1,20	48,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Temps de céphaline active	1	1,20	48,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Transaminases SGOT/ASAT	1	1,20	60,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Transaminases SGPT/ALAT.	1	1,20	60,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Troponine I ultrasensible	1	1,20	300,00
18/03/2020	2000198965	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					Total	2 304,00



Handwritten signature in blue ink over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID' and 'Admission Reception'.



2000198965 / H0120009913

Nc Prénom : Brahim
Nom : BENNIS
DDN : 25/08/1940 E: 18/03/2020
Ca 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 - Créatinémie

☐ 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
Dr. Mehdi Mohamed EL HADJ
Urgences
18/03/2020



2000198965 / H0120009913

Prénom : Brahim

Nom : BENNIS

DDN : 25/08/1940 E: 18/03/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Ferve

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : *Ulc scanner*

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. Mohamed El
Urgences



Casablanca , le 18/03/2020

PATIENT : BENNIS Brahim

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Poumon F

RESULTATS

Transparence parenchymateuse normale.

émoussement du cul de sac pleural gauche

Silhouette cardio médiastinale normale.

surélévation de la coupole diaphragmatique droite (dôme hépatique , à confronter à une échographie abdominale)

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BENSLIMA



Identifiant du patient : H0120009913

Date de naissance : 25/08/1940

Sexe : M

Date de l'examen : 18/03/2020

Prélevé le : 18/03/2020 à 11:07

Edité le : 18/03/2020 à 12:35

BENNIS BRAHIM

Dossier N° : 20033502

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné	
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Trouble	
EXAMEN CYTOLOGIQUE			
Leucocytes	:	$77.10^4/ml$	$< 10^4/ml$
Hématies	:	$12.10^3/ml$	$< 10^3/mL$
Cellules épithéliales	:	Quelques	
Autres cellules	:	Absence	
Cylindres	:	Quelques cylindres leucocytaires + rares cylindres granuleux	
Cristaux	:	Absence	
Éléments fongiques	:	Absence	
CULTURE			
Culture sur CLED	:		

Le 18/03/2020 à 12:35

Signature

Belabbes Houria

Pr. H. BELABBES.



Laboratoire National de Référence

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0120009913

Date de naissance : 25/08/1940

Sexe : M

Date de l'examen : 18/03/2020

Prélevé le : 18/03/2020 à 10:00

Edité le : 18/03/2020 à 11:07

BENNIS BRAHIM

Dossier N° : 20033478

Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.13	10 ¹² /l	4.08 - 5.6
Hémoglobine	:	12.6	g/dl	12.9 - 16.7
Hématocrite	:	35.8	%	38 - 49
VGM	:	86.7	fl	83 - 97
CCMH	:	35.2	g/dl	32.3 - 36.1
TCMH	:	30.5	pg	27.8 - 33.9

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	16.13	10 ³ /mm ³	3.8 - 10.0
P. Neutrophiles	:	85.0	%	13.71 10 ³ /mm ³ 1.6 - 5.9
P. Eosinophiles	:	0.8	%	0.13 10 ³ /mm ³ 0.03 - 0.50
P. Basophiles	:	0.2	%	0.03 10 ³ /mm ³ < 0.09
Lymphocytes	:	7.4	%	1.19 10 ³ /mm ³ 1.07 - 4.10
Monocytes	:	6.6	%	1.06 10 ³ /mm ³ 0.23 - 0.71

PLAQUETTES

Plaquettes	:	227	10 ³ /mm ³	140 - 385
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 18/03/2020 à 11:07

Signature

Mlle. AAZAOUZI Amina

Identifiant du patient : H0120009913

Date de naissance : 25/08/1940

Sexe : M

Date de l'examen : 18/03/2020

Prélevé le : 18/03/2020 à 10:00

Edité le : 18/03/2020 à 11:07

BENNIS BRAHIM

Dossier N° : 20033478

Service : URGENCE



CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : **165.86** mg/l < 8
(Immunoturbidimétrie / Architect Ci4100)

< 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.
1-3 mg/l : risque modéré.
> 3 mg/l : risque élevé.
> 10 mg/l : processus inflammatoire actif

PROCALCITONINE : **23.81** ng/ml < 0.5
(Technique immunoenzymatique / MiniVidas)

<0.5 ng/ml : Infection systémique peu probable
0.5 - 2 ng/ml : Risque modéré d'évolution vers une infection systémique sévère
2 - 10 ng/ml : Risque élevé d'évolution vers une infection systémique sévère
>10 ng/ml : Probabilité élevée d'un sepsis sévère ou d'un choc septique

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 18/03/2020 à 11:07

Signature

Mlle. AAZAOUZI Amina

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckr
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de r
anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



Casablanca , le 18/03/2020

PATIENT : **BENNIS Brahim**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Uro-scanner**

INDICATION: 79ans, colique néphrétique.

TECHNIQUE :

Examen réalisé par un scanner multibarette, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques avec reconstruction

RESULTATS :

1/ Le haut appareil :

- **A droite:**
 - Rein de taille normale, de contours réguliers et de densité homogène sans anomalie focale.
 - Kyste polaire inférieur et médio rénal simple mesuré respectivement à 41x49mm et 13x19mm.
 - Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'image de lithiasé rénale ou urétérale.
 - Absence de collection péri-rénale.
- **A gauche :**
 - Rein de taille normale, de contours réguliers et de densité homogène sans anomalie focale.
 - kyste corticale supérieure à paroi fine avec une fine calcification pariétale, mesurée à 100x102mm classé Bosniak II.
 - Kyste cortical inférieure simple classé Bosniak I mesuré à 28x25mm.
 - Lithiasé calicelle moyenne non obstructive mesurée à 7mm de grand axe et 400UH.
 - Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'image de lithiasé rénale ou urétérale.
 - Absence de collection péri-rénale.

2/ Le bas appareil :

- Vessie en semi repletion.
- **Par ailleurs :**
 - Absence d'anomalie de morphologie ou de densité du foie, de la rate et du pancréas.
 - Absence d'adénopathie profonde ou d'épanchement abdomino-pelvien.

CONCLUSION :

Lithiasé calicelle moyenne gauche simple.

Kyste corticale polaire supérieure classé Bosniak II.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr CHIKHAOUI - Dr HABI**

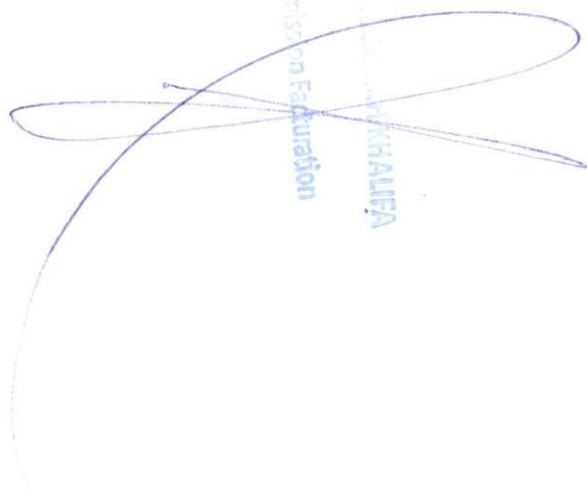
Pr CHIKHAOUI Nabil
Radiologue
INPE - 81036020



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BENNIS BRAHIM	N° Facture 36 840	2000198965
-----------------------------	-------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	1	1,77	1,77
SERINGUE 10ML	1	0,84	0,84
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,44	0,44
Sous-Total consommable médical			3,05
Total pharmacie			3,05



 Mission Facturation