

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0025382

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

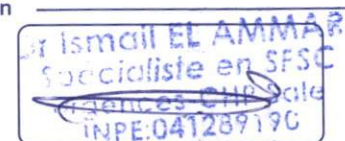
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803 Société : R.A.M. Esc. RBA  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELAFKIH Mansour 147999  
 Date de naissance : 02/01/1952  
 Adresse : Route Kenitra Hay Chmaâou ARS.H.T.S. ALA  
 Tél. : 0661362111 Total des frais engagés : 518,40 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Mansour Belafkih Age : 70  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite chronique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : S. ALI Le : 01/02/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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 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



# 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
03/01/23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

03/01/23 3 83,40

INPE: 102057288

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

02/01/23 NFS 135,00  
E111 200434

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

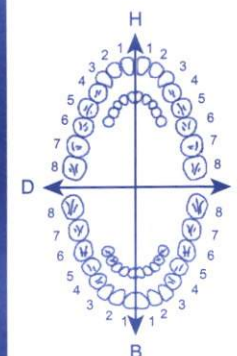
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaes, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

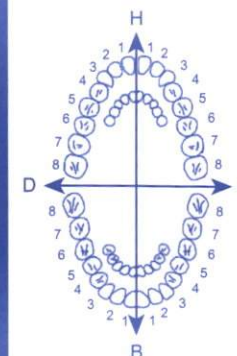
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS 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

PPU: 168,20 DH  
LOT: 650128  
PER: 07/24

PPU: 126,30 DH  
LOT: 650346  
PER: 07/24

PPV: 4 DH 60  
PER: 07/25  
LOT: L2662

60/100

Pharmacie Médicale  
CHPMA - Sale  
Nouveau

date 08/01/23

Ref kth Nouba

Nx = Flans

Re: Benh name

168,20  
126,30

1) Augmentin 18

1800 3x1x10

60,00 2) Orapred 20

2015 x 11

14,60 3) Dolipr 18

383,70

1012 x 1 x 31  
= 1012 x 31 x 31

INPE: 102057288  
Dr. Kabbaj Sanae (Ismael) AMMARI  
Pharmacie Yacout Chemabou  
Pharmacie Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemabou  
Tel: 0537 61 97 17  
Cplxte Yacout Sale ICE: 000424273000038

## ROYAUME DU MAROC \* MINISTERE DE LA SANTE \*

CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL PRINCE MOULAY ABDELLAH - SALE -

ID Ect	2675	ID Patient	
Nom		Type Ect	SERUM
Sexe	-	Antériorité	03-Jan-2023
Age	-	Date	03-Jan-2023
Ref. Dr		d'Enregistrement	

Sr.No.	test	Résultat	Alerte	Valeur Normale
1	CRP	33.0 mg/l	H	↑ 0.0 - 10.0 mg/l

Dr. EL GHOUSSA Abdelmoula  
Médecin Biologiste  
Unité du laboratoire - CHP  
SALE

Date d'Analyse 03-Jan-2023 4:42

Note : Analyses effectuées sur Analyseur Automatique XL 300

Date 03-Jan-2023 4:42 Page 1 of 1  
d'Impression





## Numéro d'entrée

Case

Numero d'ordine Labo

03/07/2017

CHP de Saïé

Examen et Prestations  
PAYANT

identité: Kelly in Mason

Nº 00280729000000000000000000000000

### Renseignements cliniques

NIS - CRP

Unit 11: The Medical Laboratory - CHP

# Rapport Analyse hématologique

ID échant. : 2675

Mode : WB-CBC+DIFF

ID patient :

Heure de l'analyse : 03-01-2023 04:33

Paramètre	Résultat	Unité
WBC	<u>7.55</u>	$10^3/\mu\text{L}$
Neu#	<u>6.58</u>	$10^9/\text{L}$
Lym#	L 0.42	$10^9/\text{L}$
Mon#	0.50	$10^9/\text{L}$
Eos#	L 0.03	$10^9/\text{L}$
Bas#	0.02	$10^9/\text{L}$
Neu%	H 0.871	
Lym%	L 0.056	
Mon%	0.066	
Eos%	L 0.004	
Bas%	0.003	
RBC	4.41	$10^6/\mu\text{L}$
HGB	12.7	g/dL
HCT	<u>38.9</u>	%
MCV	88.2	fL
MCH	28.9	pg
MCHC	32.8	g/dL
RDW-CV	0.125	
RDW-SD	42.7	fL
PLT	<u>151</u>	$10^3/\mu\text{L}$
MPV	8.9	fL
PDW	16.1	
PCT	1.34	mL/L
P-LCC	30	$10^9/\text{L}$
P-LCR	0.200	

## Message WBC

Lymphopénie

## Message RBC

## Message PLT

Dr. EL-GHOUARI Abdelmajid Médecin Biologiste - CHU Unité de laboratoire - CHU
SALE

## ROYAUME DU MAROC

Délégation du Ministère de la Santé

N° 0200434

Hôpital ..... ville : .....

Reçu de M. .... Quittance

La somme de .....

NATURE DE RECETTE	Ex.	SOMME
MA tcpr		135
TOTAL		135

Cachet du  
Service

le 20

Signature du  
Régisseur

Janv 2023