

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0046473

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1487 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MACHSHOUH SOUAN
Date de naissance : 30.06.19
Adresse : Lot. El ADANSA N° 126 Sidi MARROUT
Casablanca
Tél. : 06.06.82.06.71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : Age : 01.01.1959

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : 16/03/2023

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
16/03/23			300,00€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/03/23

170,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

16/03/23

201,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

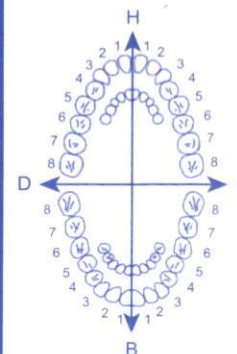
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

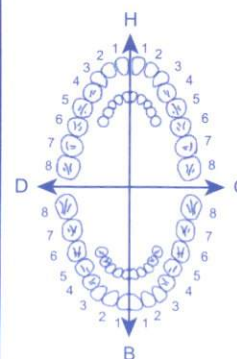
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/03/2023

Mme SABBAR Khadija

170.00

D FIKEN

17 x 2

LOT 230443
EXP 01 25
PPV 170.00 DH



Pharmacie MORJANA
Mme HOU
BP 50 15000
Tél : 001667690000039
INP : 092043702
19/31
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Urologie Transplantation-Rénale
001037795

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Urologie Transplantation-Rénale
001037795

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/03/2023
Mme SABBAR K Hadija

ECBU + DTD

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Redouane
Urologie-Transplantation-Renale
051037705

Ministère de la Santé
209
MAROC
Tel : +212 529 004 466
Fax : +212 529 038 868
www.hck.ma



Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca, le 17/03/2023

Code Patient : 23-01328

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 160323-075 Pvt du: 16/03/2023 12:53

Nom : Mme SABBAR Khadija

Demandé par Dr : RABII REDOUANE



Page : 1/1

ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Type du Prélèvement : Urines 2ème jet
Aspect des urines : Trouble hématique

EXAMEN CHIMIQUE

SANG : Positive +
Albumine : Positive +
PH : 6

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : 2000 /ml (Inférieur à 10000)
Hématies : 42000 /ml (Inférieur à 10000)
CELLULES EPITHELIALES : Rares
Cristaux : Absence
Cylindres : Absence
LEVURES : Absence

Examen direct après coloration de GRAM

Bacilles gram négatif : Absence
Cocci gram positif : Absence

CULTURES

CULTURE : STERILE

[Signature]
RECEU
LABORATOIRE SIDI MAAROUF
16/03/2023 15:24:24
160323-075

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 16/03/2023

Dossier N°: 160323-075 du: 16/03/2023

Médecin Dr: RABII REDOUANE

Patient :Mme SABBAR Khadija

Analyse	Valeur en B	Montant
ECBU+/-ATB	150	201,00

Montant de prélèvement : 0,00

Total en dirhams à payer: 201,00

LABORATOIRE MEDICAL SIDI MAAROUF
Tél: 0522 335 209
Fax: 0522 335 209
N°: 4060866 - T.P: 36159885
N°: 9861924 - N.C: 410238

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 39708 / 2023 du 16/03/2023

Nom patient	SABBAR KHADIJA	Entrée	16/03/2023
	PAYANTS	Sortie	16/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Hôpital International
Cheikh Khalifa
Service Urologie
N° 090061862
Tél: 0529 03 53 45 / 0529 00 44 77

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 230316115252RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300656438	SABBAR KHADIJA	16/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1998	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :RAD.WAH

Hôpital Universitaire International
Cheik Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
N°PE: 05-41-42
Tél.: 0529004466 052904477

1000-0000