

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- 0026950

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 3458 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 173177
Nom & Prénom : NAAMANE ABDELLAH
Date de naissance : 22/06/1956 à Casa
Adresse : 7, Rue 67
May My ABDELLAH - Casa
Tél. : 0698953570 Total des frais engagés : 589,40 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 : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
Ane de Breuer

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

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
14/07/23	8		6	
17/07/23	8		300.15	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIMOSA Noureddine MOKHLIS R 322 Km 6 Ben Mekraz Matrouhia Ben Slimane - Tel: 05 23 32 93 41	14/07/23	171,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/07/23	B 110	172,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

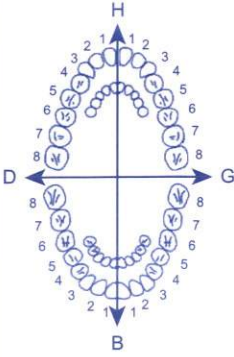
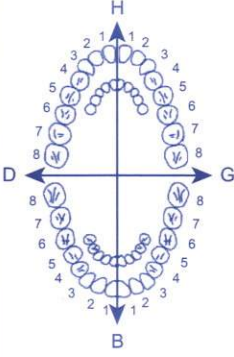
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: 3071460

Analyses effectuées le: 14/07/2023

Pour.....: **Mr. NAAMANE ABDELHAK**

Sur prescription du: Dr BOUANANI NOUAMA

Code.....: ICB4449



Organisme.....:

Bilan:

NFS PQ RET

Cotation : (B 110)

Montant Net ; 172.40 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT SOIXANTE DOUZE Dhs 40 Cts



Prélèvement du : 14/07/2023

Heure : 07:35

Edition du : 14/07/2023

Référence 30714T260

du : 14/07/2023

Code Patient 1CB4449

Mr. NAAMANE ABDELHAK

Matricule :



Médecin: Dr. BOUANANI NOUAMA

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			
Globules rouges.....	4.8	M/ μ l	(4,5 à 6,5) 5.2 (04/04/23)
Hémoglobine.....	14.0	g/dl	(13.0 à 18.0) 15.3 (04/04/23)
Hématocrite	42	%	(40 à 54) 45 (04/04/23)
V.G.M	88	fl	(85 à 100) 87 (04/04/23)
T.C.M.H.....	29	pg	(27 à 32) 29 (04/04/23)
C.C.M.H.....	33	%	(32 à 36) 34 (04/04/23)
Globules blancs.....	7700	/ μ l	(4.000 à 11.000) 10900 (04/04/23)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles.....	62	%	70 (04/04/23)
soit.....	4774	/ μ l	(2000 à 7500) 70 (04/04/23)
Lymphocytes.....	31	%	22 (04/04/23)
soit.....	2387	/ μ l	(1500 à 4000) 22 (04/04/23)
Monocytes	6	%	7 (04/04/23)
soit.....	462	/ μ l	(200 à 800) 7 (04/04/23)
Polynucléaires Eosinophiles.....	1	%	1 (04/04/23)
soit.....	77	/ μ l	(< à 400) 1 (04/04/23)
Polynucléaires Basophiles.....	0	%	0 (04/04/23)
soit.....	0	/ μ l	(< à 400) 0 (04/04/23)
Plaquettes.....	251.000	/ μ l	150.000/450.000 22.000 (04/04/23)
Réticulocytes.....	1.07	%	0.88 (08/02/23)
Soit:	51360	/ μ l	(20.000/120.000)

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
1, Bd. Méd. V - Mohammédia
Tél : 05 23 30 40 30



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

17/01/2023

Casablanca, le :

Nom
Abdelhak

(58,50 x 2)

hydroxo 5000 UI

1 inj IM/ mois

117,50

à ne

PPV 58DH50

PPV 58DH50

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. agrégé NOUAMA BOUANANI
Hématologie clinique
05 11 33 05 11

PHARMACIE MINOSA
Nouredine MOKHLIS
R.R 322 Km6 Beni Mekraz Mansouria
Ben Slimane - Tél: 05 23 32 93 41

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 99.049 / 2023 du 17/07/2023

Nom patient : NAAMANE ABDELHAK

Entrée 17/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'HEMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00



Hôpital International Cheikh Khalifa
Région de Doha
Hématologie clinique
091183061

28/03/2023

2010/02/2023

de l'Université

REV



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

14/07/23

Nasrine alalshok

NFS + reticulocyte

LABORATOIRE AMARA
Mohamed AMARA
BIOLOGISTE
9, Bd. Med. V - Mohammadia
Tél : 06 28 30 40 30

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. H. Hamaoui
Biologie clinique
QUARTIER BOUJANANI
Tél : 06 28 30 40 30