

# 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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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

M23-001125

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 093 M Société : Ram  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL ASRI MOSTAFA  
 Date de naissance : 26/09/1973  
 Adresse : N°9 WE 22 6T ENNAZIT  
 ZONE CHD.  
 Tél. : 0666827885 Total des frais engagés : 1890 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/7/2023  
 Nom et prénom du malade : Noureddine Khoussou Age : 44  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : CUS  
 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 : ZONE CHD Le : 04/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
11/11/2023	CG			

# 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
	21/07/23		1800

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

وصفة طبية  
**Ordonnance**

11.7.23

Casablanca, le :

Khouzgi Nouwa

Donneur Allo greff

Age : 45 ans

tyrge HLA . cto

I . II (A.B. C.D.R. D9)

enfants de Rabat  
 de recettes  
 le sous le

896762

hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Pr Ass. HADRI HALIMA  
 HEMATOLOGIE  
 121251201



FACTURE : HER/23/N/140139

## Hôpital d'enfant

Date création : 21/07/2023

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina  
Hôpital des enfants de Rabat  
Bureau de recettes  
Sous le N° 140139

Bénéficiaire		Adhérent	
IP :	01213521	Nom et Prénom:	NOURA , KHOUZAI
Nom et Prénom :	NOURA , KHOUZAI	N° CIN:	
N° CIN :	BH326792	N° Immatriculation:	
Adresse :	-		

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
21/07/2023	SALLE DE PRELEVEMENT HER	Immun12	Transfusion & immuno- Typage HLA classe I (LCT)	1	1 080,00	1 080,00
21/07/2023	SALLE DE PRELEVEMENT HER	Immun11	Transfusion & immuno- Typage HLA classe II (SSP)	1	810,00	810,00

Date Début: 21/07/2023

TOTAL :

1.890,00

DH

Date fin:

Mille Huit Cent Quatre-Vingt-Dix Dirhams

Bureau d'admission et de facturation  
VU AU  
Hôpital des enfants de Rabat

A versé au compte n°310810100012400042560111 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'hôpital d'enfants  
Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464

Imprimé le:21/07/2023 9:46

FAX : 0537 77 92 97 WEB : www.hopitalenfants.ma

ICE : 002056603000048 / INPE : 100004654

Page 1 de 1





## COMPTE RENDU

Date de la demande : 21/07/2023 à 10:03

Demande N° : 210723-E4635

Nom et prénom : **NOURA KHOUZAI**

IPP : 01213521

Date de naissance : 22/05/1979

Etablissement : HOPITAL D'ENFANTS

Sexe : F

Médecin Prescripteur : LABO



N° d'entrée :

Service : SALLE DE  
PRELEVEMENT HER

Date d'analyse : 27/07/2023

Échantillon n° : 2307211247(H618) reçu le : 21/07/2023 à 10:03

## IMMUNOLOGIE - HISTOCOMPATIBILITÉ

Technique utilisée

Polymerase Chain Reaction Real Time (PCR-RT)/ LinkSeq /QuantStudio7 Flex

Prélèvement

Sang EDTA

Indication

DMO

### Typage HLA classe I

#### HLA A

1er allèle :

\*23

2ème allèle :

\*66

Equivalences sérologiques

A23,A66

#### HLA B

1er allèle :

\*41

2ème allèle :

\*50

Equivalences sérologiques

B41,B50

#### HLA C

1er allèle :

\*05

2ème allèle :

\*17

Equivalences sérologiques

Cw5,Cw17

### Typage HLA Classe II

#### HLA DR

1er allèle :

\*04

2ème allèle :

\*13

Equivalences sérologiques

DR4,DR13

#### HLA DQ

Le 27/07/2023 à 13:46

Signature

. Aitiss Raoutar



## COMPTE RENDU

Date de la demande : 21/07/2023 à 10:03

Demande N° : 210723-E4635



Nom et prénom : **NOURA KHOUZAI**

IPP : 01213521

N° d'entrée :

Date de naissance : 22/05/1979

Etablissement : HOPITAL D'ENFANTS

Service : SALLE DE  
PRELEVEMENT HER

Sexe : F

Médecin Prescripteur : LABO

Date d'analyse : 27/07/2023

### IMMUNOLOGIE - HISTOCOMPATIBILITÉ

1er allèle :

\*03

2ème allèle :

\*04

Equivalences sérologiques

DQ7,DQ4

Le 27/07/2023 à 13:46

Signature

. Aitfiss Kaoutar