

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

M23-0027972

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : N 84249
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHRAIBI Faïçal
Date de naissance : 1949
Adresse : Intérieurement attaché au service
Rue 6 N° 57 OULFA CASA
Tél. : 06 66 198568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 11 / 23
Nom et prénom du malade : Chraïbi Faïçal Age :
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 : Casa Le : 09 / 11 / 23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/11/23 | consult | | gratuit |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  Mme. Benbrahim p. Slomii 4, Bd. Ibnou Sina - CASA Tél : 022 26 01 24 | 09/11/23 | 94,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  Tél : 05 29 05 02 23 E-mail : raho@radiologie.tn | 09/11/23 | B30 x7 | 36,000 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

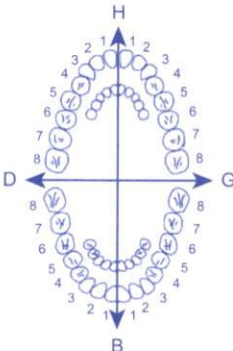
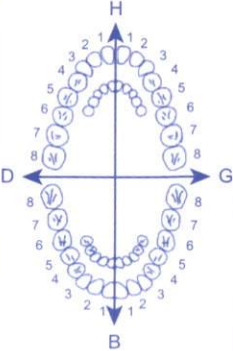
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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

ORDONNANCE

Casa le 09/11/23

Mr/Mme Faïçal Chraïli

10/ Newflex Warm up gel
au so 1 app x 2/j



صيدلية سوفييا
Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim ip. Slama
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022 36 01, 24

Cachet du médecin

Dr. Mohamed Amel Chraïli
Docteur en médecine

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 158 179 / 2023 du 09/11/2023

Nom patient : **CHRAIBI FAICAL**

Entrée 09/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/11/2023

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| EXAMENS BIOLOGIE | 1,00 | B0030 | 36,00 | 36,00 |
| | | | Sous-Total | 36,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 36,00 |

| | |
|---|-------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| TRENTE-SIX DIRHAMS | Total 36,00 |
| | |

| | | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | | | 36,00 | | 36,00 | 0,00 |

Laboratoire Biologique de référence
 Tél : 05 29 05 02 33
 E-mail : labo@biolab.com

ORDONNANCE

Casa Le : 09/11/23

Faïçal Chraïbi

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@icm-hk.ma

Analyse acide urique

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@icm-hk.ma


DR. CHRAÏBI
Mohamed Anas
Docteur en médecine

Reçu de caisse

N° : 2311091733480790 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300776438 | CHRAIBI FAICAL | 09/11/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|--------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 12609 | 36,00 |
| PAYANT | Total payé | 36,00 |
| TRENTÉ-SIX DIRHAMS | | |

Reçu établi par : SALJAR

DATE D'ÉMISSION : 09/11/2023
TEL : 05 21 05 02 33
FABRICATEUR : H.P. 1000



مركز النقديات

SANS CONTACT



09/11/23

16:23:42

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx6199

CARTE NATIONALE

68B787E04F8D8D9A

220-0-9999-1-44

MONTANT:

36,00 MAD

NUM TRANSACTION : 016

NUM AUTORISATION: 802614

STAN : 012609

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

TESTE DERMATOLOGIQUEMENT

newflex warm-up gel est conçu pour une application immédiate et directe, surtout avant une activité sportive. Il diminue le risque de blessures.

Délassant, chauffant, décontractant, bienfaisant, stimule la circulation sanguine. Soigne et apaise la peau sèche.



Indications d'emploi :

- Appliquez le produit sur les parties de la peau concernées et faites pénétrer entièrement par massage.
- Masser énergiquement les parties du corps concernées avant toute activité sportive.
- Lire attentivement l'intégralité de la notice avant utilisation du produit.
- Conserver hors de portée des enfants !
- Protéger de la chaleur ! Conserver à température ambiante.
- Ne pas laisser entrer en contact avec les yeux. L'huile de citron peut irriter la peau.



7 640127 792001

ACL 4561876

120 ml e



WARM-UP GEL

For greater mobility in sports, with natural, relaxing, smoothing, beneficial essential plant oils. Contains no parabens.


newflex®
LOOSENS & RELAXES

New Care AG, CH-4452 Illingen, Switzerland

EU Office: Schürli-Druckerei 3

79618 Rheinfelden



LOT

MFD

07/26

145

08/22

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs

Swiss Development 



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 151008151631GH

Date de naissance : 01/01/1949

Sexe : M

Date de l'examen : 09/11/2023

Prélevé le : 09/11/2023 à 16:33

Edité le : 10/11/2023 à 09:38

Mr CHRAIBI FAICAL

Dossier N° : 23112214K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

ACIDE URIQUE

:

72 mg/L
426.03 μ mol/L

26 - 72
155 - 430

63 mg/L
(23/09/2023)

Le 10/11/2023 à 09:38
Signature

Dr. YAHYAOUÏ ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUÏ ANASS
Biologie



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.

1 / 1