

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Régulation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 08-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alil Ben Abdelah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Faïd et Rue Alil Ben Abdelah - Quartier de l'Hortage
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 [L.G.] - Fax : 05 22 22 70 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 1058418

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où le malade 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

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 lecture 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.

Prothèse 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

0013759

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autre

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : LEMZAOUI MOHAMED Date de naissance :

Adresse : Si Di Aya, SETTAT BP 3232, POSTEWAY FARAH

Tel : 0677153070 Total des frais engagés : Settat Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/2015

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affective U.R.L.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où le malade 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) :

Signature

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
23-05-19	...	...	1300	...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
...	13	...

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
...	13/05/19	Voir facture N°62303	...
...	13/05/19	Total: 952.00	...

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant des Honoraires
...	23-05-19	Audiogramme	4500

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

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	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	00000000
00000000	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.



Declaration de *

N° W19 476595

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2948**

Matricule : **2948** Société : **2948**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre **RETRAITE**

Nom & Prénom : **LEMZAOUI MED**

Date de naissance : **1946**

Adresse : **Sidi AYDI 3032 (BP) LAPOSTE HAY FARDAH SETTAT**

Tél : **0677153070** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **1**

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : **x**

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : **1** / **1** /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-476595

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

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

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 caninaires, ainsi que le blanchiment.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30000300</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552		30000300	00000000		30000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																				
	25533412	21433552																				
	30000300	00000000																				
	30000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
		B																				
	(Création, remont, adjonction) Fondement thérapeutique nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
			DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/04/18

Mr, Mme, ~~Enfant~~ :

Benzaoui Ned



AUDIOMETRIE TONALE



IMPEDANCEMETRIE



PEA

Renseignement Clinique :

Signature :



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/05/19

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.ma
www.hck.ma

Red Lemou

11- Oklys

1 pulv x 2j

1 à 2x par
semaine



ORDONNANCE

PALAMINO MOHAMMED TAHA

LE 13/05/2019

-- Cytologie Thyroïdienne (AP_5_THYR)



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 66.471 / 2019 du 23/05/2019

Nom patient : LEMZAOUI MOHAMED

Entrée 23/05/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/05/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AUDIOMETRIE TONALE	1,00	F	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CINQ CENTS DIRHAMS	Total	500,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			500,00		500,00	0,00

[Signature]

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 66.381 / 2019 du 23/05/2019

Nom patient : LEMZAOUI MOHAMED

Entrée 23/05/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/05/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation ORL	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		300,00	300,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 19051311374269700 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900062761	LEMZAOUI MOHAMED	13/05/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6769	952,00
PAYANT	Total payé	952,00
NEUF CENT CINQUANTE-DEU		

Reçu établi par : SOULAMON

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 22 02 53 2
Fax : 05 22 02 53 3
E-mail : contact@hchz.ma
N° INP 090061602

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
13/05/2019	1900062761	ANAP	Cytologie Thyroïdienne	1	1,10	352,00
13/05/2019	1900062761	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	-1	1,20	-96,00
Total						256,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 09 22 03 53 45
Fax: 09 22 03 44 77
E-mail: contact@hck.ma
N° INP 090061562

F A C T U R E

Sortie 13/05/2019

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			952,00		952,00	0,00

Optical Center Khayin Inn Zai
Tel: 05 20 03 35 95
Fax: 05 29 00 24 77
Email: contact@ic-kim-hcm.vn
No. 120 000051423

Identifiant du patient : 180515204904FA

Date de naissance : 01/01/1946

Sexe : M

Date de l'examen : 13/05/2019

Prélevé le : 15/05/2019 à 14:38

Edité le : 22/05/2019 à 12:36

LEMZAOUI MOHAMED

Dossier N° : 19052427

Service : HÔPITAL DU JOUR MÉDECINE



Réf Anapath : 1905C27

RC : nodule basilolaire gauche, TIRADS 3.

Compte rendu anatomopathologique

MATERIEL :

Il nous a été communiqué 5 lames fixées. Coloration Papanicolaou.

MICROSCOPIE :

Ces cinq étalements parvenus fixés et l'étalement étudié après centrifugation du liquide, intéressent un matériel très hémorragique. Ce matériel comporte des éléments inflammatoires fait essentiellement de lymphocytes et de macrophages.

On observe deux amas de cellules folliculaires dépourvues d'atypies nucléaires.

CONCLUSION:

- Matériel de cytoponction d'interprétation limitée du fait de son caractère paucicellulaire.
- li n'est pas observé de cellule suspecte de malignité.

Le 22/05/2019 à 12:36

Signature

AL Bouzidi Abderrahmane

Responsable du service de Biologie Médicale
Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane
Pôle Anatomie - Cytologie Pathologique

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rahbi, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé à titre transféré à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formelle auprès de notre secrétariat médical.

COMPTE RENDU



1900062761 / 180515204904FA

Prénom : Mohamed

Nom : LEMZAOU

DDN : 01/01/1946 E: 13/05/2019

Service : HDJ-MEDECINE 2 (NA)



PAYANT

Sexe: M

Patient âgé de 73 ans, suivi
pour Cardio myo pathie dilatée
qui présente un Goitre multi-nœuds
modulaire avec 2 nodules de 15x15,8
cm de 38,5x30,6 mm. Clame ECU-TIRANS
qui a été Cytoponctionné et le patient
n'a pas fait de complications
Patient sortant.


Détail