

# 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.

## 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.

## Adresses Mails utiles

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

**S :** 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



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

110476

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021534

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04509

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHFOUD Abdelk

Date de naissance : 07/05/59

Adresse : 5 lot HAFID BD HACHEMI EL ALI Cd. El Bine

Tél. : 0661106199

Total des frais engagés : 372,70

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 : Douleur Thoracique

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 : CASABLANCA

Le : 04/04/22

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
05/03/22	ELC	500DH		Dr. EL KHAYADI Amine

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HIRMA CASABLANCA SARL AU Mme R. TLEMCIANI Souad DR EN PHARMACIE 8, Rue Vesale Angle Rue Amyot, Tel: 0522 86 55 51	05/03/22	137,72

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE RADIOLOGIE Facturateur 24, Rue Savole, RDG de la 20360 - Casablanca TEL: 05 22 26 22 FAX: 05 22 26 22 contact@laho.ma	05/03/22	Bx ro	335,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

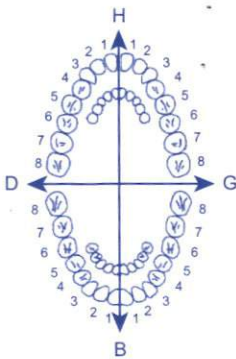
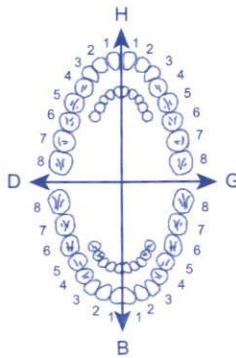
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

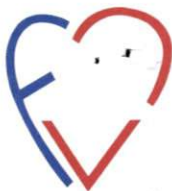
Important :

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

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><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></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																										
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></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'E



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرابين فرانس فيل

Casablanca le 05/03/2022

MAHFOUD ABDLATIF

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
Facturation  
20360 - Casablanca  
Tél: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87  
contact@labo-lbs.com

MAHFOUD ABDLATIF

M

FREXT

01-05-1959



2203051016

SCAN ORDO

1TV3CC

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
Facturation  
24, Rue Savoie RDC de la Rés Savoie  
20360 - Casablanca  
Tél: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87  
contact@labo-lbs.com

Dr. EL KHAOUDI Amine  
Médecin Réanimation



393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : [cliniquefranceville@cliniquefranceville.com](mailto:cliniquefranceville@cliniquefranceville.com) • Site Web : [www.cliniquefranceville.ma](http://www.cliniquefranceville.ma)



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس قیل

Casablanca le, .....

05/08/2022

MANET  $\frac{1}{2}$  Abdellatif

99.00

MANET  $\frac{1}{2}$

$\frac{1}{2} \times \frac{2}{1}$

38.70

4 CALCIBRONAT

$\frac{1}{2} \times \frac{2}{1}$

137.70

Dr. EL KHAOUADI Amine  
Anesthésie Réanimation

Calcibronat® 28

PPV 38DH20  
EXP 10/2024  
LOT 10013 2

PHARMACIE ALI  
CASABLANCA SARL  
Mme R. TLEM CANI SARL  
8, Rue de la Sale Angèle Rue Amyot  
Tel: 0522 86 55 51

r: Laboratoires JUVA PROL  
techn  
FMM75 0624  
99.00  
PER  
A20200402055DMP/20UCA





# مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية و المتخصصة

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



M. MAHFOUD ABDLTIF

FRANCEVILLE EXTERNES

**FACTURE N° 220300030**

Dossier : 2203051016 du : 05-03-2022 à 13:44



**PPRESCRIPTEUR :**

**ACTE :**

**Analyses :** TROPO, EXT, ASPECT, V, CENTRI

**FACTURATION:**

**Total en DH : 335**

trois cent trente-cinq dirhams

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

**CASABLANCA, le Samedi 05 Mars 2022**

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
Facturation  
24, Rue Savoye, RDC de la Rés Savoye  
20360 - Casablanca  
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87  
contact@labo-lbs.com

Page 1 sur 1



**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIREPatient : M. MAHFOUD ABDELTIF  
Séjour : Du 05/03/2022 au 05/03/2022**FACTURE**  
202201618  
Du : 05/03/2022

Etablie par : M. Fatiha

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CONSULTATION + ECG	1	500,00	500,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>500,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arrêtée la présente facture à la somme de CINQ CENTS DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	500,00



M. MAHFOUD ABDLTIF



DDN :07-05-1959

Dossier :2203051016

Du :05-03-2022 à 13:44

Prélèvement du :05-03-2022reçu dom

Cher patient, nous vous remercions de votre confiance, et vous transmettons Vos résultats.

2203051016

FRANCEVILLE EXTERNES

Compte-rendu annulé et remplace le rapport du 05-03-2022

**MARQUEURS CARDIAQUES** Echantillon plasmatique

**Troponine I haute sensibilité**

(Access, Beckman Coulter hsTnI)

0.0027 ng/mL (<0.0198)  
2.700 ng/L (<19.800)

Edition validée par : REMPLACANT BIOLOGISTE

Ce prélèvement a été réalisé en dehors de notre laboratoire. Sa qualité et l'authenticité des renseignements fournis restent sous la responsabilité de la structure où il a été réalisé.

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
Facturation  
24, Rue Savoie - Résidence Savoie  
20360 Casablanca  
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87  
contact@labolbs.com

Page 1 sur 1





NOM: Mahfoud  
PRENOM: Abdeltif  
ID:  
DDN:  
Age: ans  
Sex:

5-Mar-2022 12:53:31

Fréq. Card.: 80 BPM  
Int PR: 207 ms  
Dur.QRS: 88 ms  
QT/QTc: 347/382 ms  
Axes P-R-T: 59 32 45

