

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0010983

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2764 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : 11-7674
 Nom & Prénom : FARAH Mohamed
 Date de naissance : 30-09-1958
 Adresse : Même adresse
 Tél. : 06 11434748 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 18/05/2022
 Nom et prénom du malade : FARAH Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 4 RCT en Hémodialyse
 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

02 JUIN 2022

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
18/05/2022			Généralist	

Dr. Omar BENJEDOU
NÉPHROLOGUE
Centre d'Hémodialyse 2 Mars
Casablanca
Tél: 0522 87 08 04 Fax: 0522 87 08 07
INP 091167239

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
	18/05/22	B1410	1790,70 DH

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>		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>(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

Dr. Omar BENJELLOUN

Spécialiste en Néphrologie

Diplômé de la Faculté de
Médecine d'Oviedo, Espagne
Ancien Attaché à L'Hospital Clinic
de Barcelone, Espagne
Ancien Directeur de l'Unité Nephro
Care Fresenius, Alicante, Espagne

Dr. Meryem BENJELLOUN

Spécialiste en Néphrologie

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Certificat de Prise en Charge
des Maladies Rénales,
Université Johns Hopkins,
Maryland, USA

Dr. Faissal TARRASS

Spécialiste en Néphrologie

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Ancien Médecin des Hôpitaux
de Grenoble, France
Titulaire du Prix Who's Who in
Medicine and Healthcare, USA

Maladies des Reins - Hypertension Artérielle - Hémodialyse - Lithiases Rénales

Hemodialyse

2 Mars

Nom et Prénom

Casablanca le : 18/05/2022

(FARAH NONAMEI)

- ☒ NFS
- ☒ Ferritine
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ TP
- ☐ TCK
- ☐ INR
- ☐ Glycémie à Jeun
- ☐ HbA1C
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☒ Acide Urique
- ☒ Sodium
- ☐ Potassium
- ☐ Magnésium
- ☐ Bicarbonates
- ☒ Calcium
- ☒ Phosphore
- ☒ PTH Intacte
- ☒ 25 OH VIT D
- ☐ Protidémie
- ☐ Albumine

- ☐ ASAT, ALAT
- ☐ Bilirubine T/L/C
- ☐ Gamma GT
- ☐ Cholestérol total
- ☐ LDL, HDL
- ☐ Triglycerides
- ☐ T3, T4
- ☐ TSH us
- ☐ D- dimères
- ☒ AG HBS
- ☐ AC Anti HBS
- ☒ AC Anti HVC
- ☐ HIV 1, 2
- ☐ PSA
- ☐ ECBU
- ☐ Protéinurie de 24H
- ☐ Microalbuminurie de 24H
- ☐ PCR Sars COV 2
- ☐ Test antigénique Sars COV2

LABORATOIRE AL KHAIR D'ANALYSES MEDICALES
Secrétariat
Imm. 4 Marj, Bd Ahlagham 1^{er} Tranche
Al Khair - Casablanca - Tél.: 05 22 75 49 87
INPE : 093061063

Dr. Omar BENJELLOUN
NEPHROLOGUE
Centre d'Hémodialyse 2 Mars
Casablanca
Tél: 0522 87 08 04 Fax: 0522 87 08 05

INP
091167239



Facture/Honoraires

ICE: 001591621000046

Casablanca, le 18/05/2022

Dossier N° 180522-081 du 18/05/2022

Patient : Mr FARAH Mohamed

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	101.60
Ferritine	250	317.50
Acide urique	30	38.10
Sodium	30	38.10
Phosphore	40	50.80
Calcium	30	38.10
PARATHORMONE (PTH)	300	381.00
VITAMINE D2+D3 (25 Hydroxycholecalciférol)	300	381.00
Antigène HBs	100	127.00
Ac anti Hépatite C	250	317.50
Total B	1410	1790.70
APB	0.0	00.00
Total		1790.70

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : Mille sept cent quatre vingt dix dirhams 70 centimes*

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit de déduction conformément à l'article 91-VI-I° du code Général des Impôts.

LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES MEDICALES
 Secrétariat
 Im. 4 Mag. 9, Bd Ahl Ighlam 1^{re} Tranche
 Al Azhar - Casablanca - Tél.: 05 22 75 49 87
 INPE: 093061083