

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 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- N° 000934

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1133 Société : Rum
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUJIB LAHBIB
 Date de naissance : 1946
 Adresse : C. rue Caïn EL AKHAR 114 MAARIF CASABLANCA
 Tél : 0662531215 Total des frais engagés : 208,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 / 06 / 2022
 Nom et prénom du malade : Age : 76
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Essoufflement Rénal
 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

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
18/11/22	C/H	1	500M	C.H.U. IBN ROCHD Hôpital 20 Août 1953 Fournisseur des recettes Signé: Aicha ALFHOUM

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
	24/01/22	Myélogue	108M

AUXILIAIRES MEDICAUX

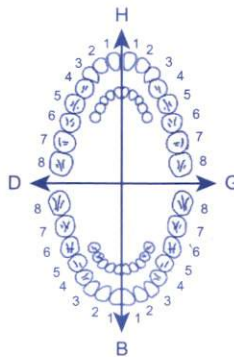
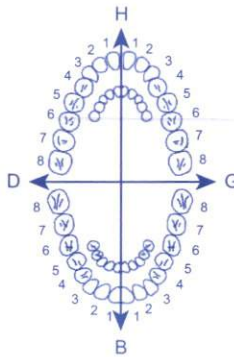
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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>H</td> <td></td> <td>H</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>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



IBN ROCHD ابن رشد
الدار البيضاء Casablanca

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

RDV Le 27/4/22
284
Rate
RDV Le 24/5/22
284
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
Hôpital du 20 Août 1953

المملكة المغربية
وزارة الصحة



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 20/04/2022

Nom du malade : LAHBIB Mounir N° d'entrée :

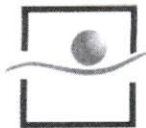
Service : HTO

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REPONSE LABORATOIRE
Age : 76 ans Presence à l'immuno-fixation : d'immunoglobuline G monoclonale à chaîne légère Kappa en faible quantité Faire svp Myélogramme	

Médecin traitant

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire



Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital 20 Août 1953



090004474

FACTURE N° HDI 17670 / 2022

N° PATIENT: 17670

Service d'Admission HEMATOLOGIE

Prénoms - Nom du (de la) Patient(e) LAHBIB MOUNIR

Fils ou Fille de Et de

Date de naissance 0 an(s) Lieu de naissance

Situation familiale Marié

Profession..... SANS

Nationalité..... MAROC Date d'entree..... 24/05/2022

Adresse.....

Ville de provenance..... Casablanca

Mode de règlement (1)..... PAYANT

Date de réalisation:

I- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbg	Service	Montant
Myélogramme:Etude cytochimique		B	120	1	1	-	108,00

Total Clinique: 108,00

II- Pharmacie

Total Facture	108,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer (1)	108,00
NET à payer (2)	0,00



Cachet du bureau de la
facturation

N°quittance et cachet du
regisseur

Arrêtée la présente facture le **24/05/2022**

au montant de: **cent huit Dirhams**

RIB : 310 780 100 302 400 411 030 135

(1) : patient

(2): organisme tiers payant

Utilisateur : LEMHADER

mardi 24 mai 2022

Page 1 sur 1

Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hopital 20 Aout 1953

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

LAIPOB Moukoko

0039464

Centre d'hygiène

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Infirmerie	
Total	24,00

le

24.08.53

Signature du

Régisseur et Cachet

[Signature]

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hopital 20 Aout 1953

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
C.H.	100
Total	

0038942

le

Signature du
Régisseur et Cachet

C.H.U IBN:ROCHD
Hôpital 20 Août 1953
Régisseur des recettes
Signé : Aicha M...

Ministère de la Santé