

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 057471

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0118 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ABDESSSELAM

Date de naissance : 17-12-1982

Adresse : 14, lot la lune Bahi Nouaf

Tél. : 06 29292821 Total des frais engagés : 530,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/22

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : néphropathie chronique

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) :

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
23/05/22			300,01	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de l'acture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/06/22	B120	230,80

AUXILIAIRES MEDICAUX

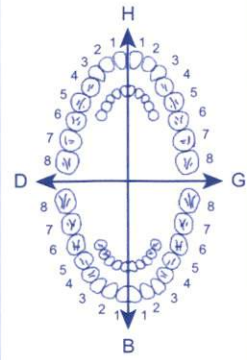
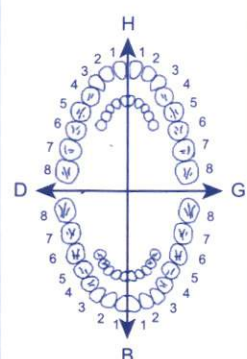
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																	
	(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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/05/22

Mr Najih Abdelalou

1) Urée, Créatinine

Na + K + Surs jom L

LABORATOIRE ST
Tél.: 0522
IF: 40606866-1
CNS: 9861924



F A C T U R E

N° 62 561 / 2022 du 23/05/2022

Nom patient : NAJIH ABDESSELAM

Entrée 23/05/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEPHROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 44 77
 E-mail: contact@hckm.hck.ma
 N°INP 090061862

D. KHALIFA

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

N° facture 2022-2882

Date 14/06/2022

Patient Mr NAJIH Abdessalam

Date prélèvement : 13/06/2022

Analyses	Valeur en B	Montant
UREE	30	40,20
CREATININE	30	40,20
POTASSIUM	30	40,20
SODIUM	30	40,20
Total B	120	160,80
APB	1,0	20,00
Majoration de garde		
Total		230,80

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE N°: 001681692000016
IF N°: 40606806 - TP N°: 36159885
CNSS N°: 986124 - RD N°: 410236



مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

Casablanca, le 13/06/2022

Code Patient : 22-03842

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 130622-078 Pvt du: 13/06/2022 12:10

Nom : Mr NAJIH Abdesslam



Page : 1/1

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
UREE (Technique enzymatique à l'uréase UV)	:	0,71 g/l 11,83 mmol/l	(0,15 - 0,5) (2,5 - 8,33)	
CREATININE (Technique enzymatique)	:	24,2 mg/l 214,2 µmol/l	(6 - 13) (53,1 - 115,05)	
POTASSIUM (Electrode spécifique)	:	4,09 mmol/l	(3,5 - 5,5)	
SODIUM (Electrode spécifique)	:	142,20 mmol/l	(135 - 145)	

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Dr. G. HADDIOUI
Médecin Biologiste
Rd Pt Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 0522 33 52 09 / 0668 15 24 24
Fax: 0522 33 52 71

LABORATOIRE SIDI MAAROUF

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2205231713008571 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200505921	NAJIH ABDESSELAM	23/05/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	008267 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAMI HAT





مركز النقدية

SANS CONTACT 

23/05/22 17:11:29

9900397747

93977401

HOP CHEIKH KHALIFA G1

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx6542

CARTE NATIONALE

7A0590494DF56D37

621-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 035

NUM AUTORISATION: 175654

STAN : 008267

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER