

## 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

N° W21-611238

134583

☒ 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 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
14/9/22		2	2500	
23/9				

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.09.22	420.60
	14.09.22	243

ANALYSES - RADIOGRAPHES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				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>25833412</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		25833412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25833412	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"/>																

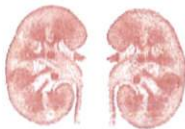
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Fatima Fatnane

Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein  
Rein Artificiel

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd  
Andenne Chef Service de Dialyse  
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane



## الدكتورة فاطمة فتنان

اختصاصية أمراض الكلى  
الكلية الإصطناعية

دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد  
بإسمة مصلحة تصفية الدم سابقا  
بمستشفى ابن أمسيك سيدي عثمان

### ORDONNANCE

Casablanca, le 12/9/22

Nom/Prénom :

Z; ANA. Gause

KHA DDA. Btissam

124,80

Aves 500 = 1 cp x 2 / x 5 j

36,60

Betaxolol = 1 cp / x 7 j

99,00

I nes 40 = 1 cp b son

Gains son

Farhatine 3 N° 81  
Bd. Mohamed Bouziane  
Hay SALAZA - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 55 62 98  
Fax : 05 22 56 94 77

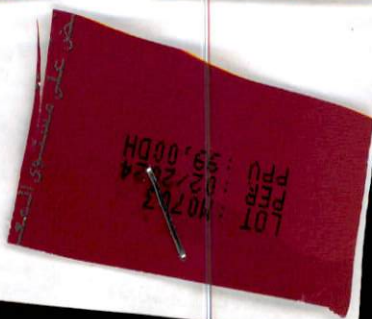
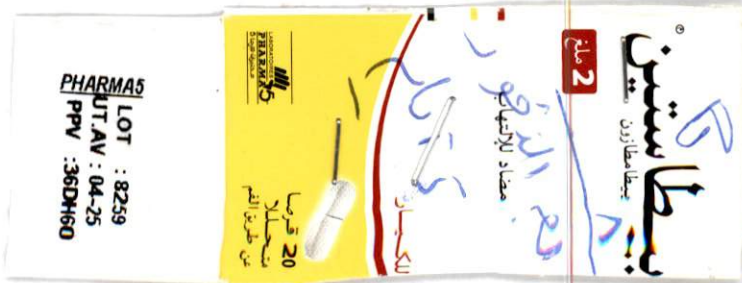
فرحاتين 3 رقم 81  
شارع محمد بوزيان  
حي السلامة - البيضاء  
الهاتف: 05 22 55 62 98  
الفاكس: 05 22 56 94 77

263,40

STINGOL

100 P x 2 / jar

  
Dr. Mohamed FAYANE  
Nephrologist - Dialyse  
Farhatine 3 km - 500 M Mohamed Bouzine  
May Sellaoua - Casa  
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 22 55 94 77

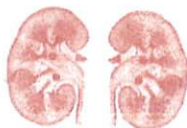




**Dr. Fatima Fatnane**

Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein  
Rein Artificiel

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd  
Ancienne Chef Service de Dialyse  
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane



**الدكتورة فاطمة فتنان**

اختصاصية أمراض الكلى  
الكلية الإصطناعية

دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد  
بمصلحة تصفية الدم سابقا  
مستشفى ابن أمسيك سيدي عثمان

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 23/9/22

Nom/Prénom :

ZIQUANA BTISSAM  
EPOUSE KHADDA.

- Requie peu soignée

- Dure forte

1 amp / 15 jours

x 3 jours

55. Amoxil 1g

1g 1 2/j

x 5j

102.20

- Zeehan

49.80 1 prise /

- pris fl Augyl

500

123.60 1 CP 2/j

(+) Ne X 40

1 CP/j

x 1 prise

420.60

LES DOSES PRESCRITES

PPV: 55.00 DH  
LOT: 649392  
PER: 03/24

FATIANE  
N° 11-16-M1  
Farhatine 3 N° 11-16-M1  
Hay Salama  
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 22 56 47

LOT: 21628  
PER: 11/2026  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V: 490 DH  
1180001060062

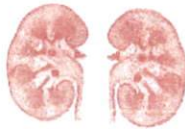
192.20

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubet brou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
B41150MP/21NRQ P.P.V: 123.60 DH  
118001 020607

**Dr. Fatima Fatnane**

**Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein  
Rein Artificiel**

**Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd  
Ancienne Chef Service de Dialyse  
Hôpital Ben Mslk Sidi Othmane**



**الدكتورة فاطمة فتنان**

**اختصاصية أمراض الكلي  
الكلى الاصطناعية**

**دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد  
ليسة مصلحة تصفية الدم سابقا  
مستشفى ابن امسيك سيدي عثمان**

**ORDONNANCE**

Casablanca, le : 14/09/2022

Nom/Prénom :

Zi ou AN.A. BTISSAM  
ep. KHADDA.

vitamine (2T) et

**LABORATOIRE CASABIO  
Dr Biaz Hanane  
8 Tranche 14, Lot N° 15 Al Azhar  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 73 15 68**

Sérum Sangre Hélico -

Bacter pylori

Proteinurie de  
24h

**DR. FATIMA FATNANE**  
Néphrologie - Dialyse  
Hôpital Mohamed Bouziane  
Tél : 05 22 88 84 77  
Fax : 05 22 88 84 77



Casablanca le 16 septembre 2022

Madame ZIOUANA BTISSAM

FACTURE N°	20719		
Analyses :			
Protéines de 24h -----	B	30	Total : B 710
Vitamine D -----	B	400	
Protéine C réactive -----	B	100	
Sérologie de Helicobacter pylori -----	B	180	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			806,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Six Dirhams

**LABORATOIRE CASABIO**  
**Dr Biaz Hanane**  
8 Tranche 14, Lot N° 15 Al Azhar  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 73 15 58





Dossier ouvert le : 16/09/22  
Prélèvement effectué à 10:12  
Edition du : 22/09/22

Madame ZIOUANA BTISSAM

Préscripteur:  
Réf. : 22I226

Compte Rendu d'AnalysesBIOCHIMIE URINAIRE

		Normales	Antériorités
Protéines de 24h ----- :	300 * mg/24 h	< 160	
Diurèse ----- :	1 000 ml		
(sous réserve d'un bon recueil)			

VITAMINES

Vitamine D ----- : 15 ng/ml

*carence en vitamine D: < 10 ng/ml*  
*Insuffisance en vitamine D: 10 à 30 ng/ml*  
*Possible intoxication: > 150 ng/ml*

IMMUNO / SEROLOGIE

Protéine C réactive ----- : 11 \* mg/l < 6

Helicobacter pylori (Titre)----- : 1,41 U/ml

*Elisa : vidas*  
*Interprétation:*

*seuil : 1*  
*<0,75 : négative*  
*>=0,75 <1 : Equivoque*  
*>1 : Positive*

**LABORATOIRE CASABIO**  
**Dr Biaz Hanane**  
8 Tranche 14 Lot N° 15 Al Azhar  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 73 15 58