

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 - 5ème 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- 0008625

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1729 Société : 137580
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAOUF Lahcen
Date de naissance : 30/06/1955
Adresse : Résid. Nadi
Tél. 06 61 2942 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/2022
Nom et prénom du malade : CHAOUF Lahcen Age : 72 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : aveugle
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 : 15/11/2022

Le : 15/01/2023

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
15/11/02	voir facture n° 151443		3000,44 DH	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

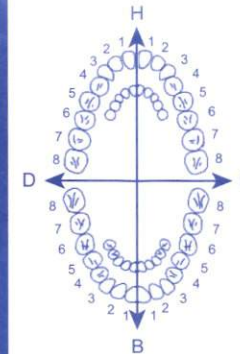
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

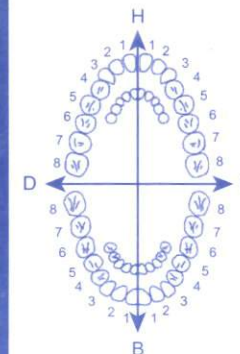
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 11.10.22

Chouaf Lahcene

Cher Confrère,

Permettez-moi de vous adresser, Mr Lahcene
Chouaf âgé de 71 ans, opéré pour tumeur
prostatique en mars 2019 (prostatectomie radicale)
récidivé en avril 2022 traité par RTH
+ hormonothérapie, stenté il y a ~~2 mois~~ sous plaix.
Admis pour ballonnement abdominal avec diarrhée
glaise-sanglante, le bilan biologique est en
faveur d'anémie à 8,6 g/dl, arégénérative à
114 000, Vitamine B12 et Vitamine B9 normaux, Ferritine à 28.
Je vous l'adresse pour prise en charge.

Le Dr. Chouaf

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 11.10.22

Chouf Lahcen

Cher Confrère,

Permettez-moi de vous adresser, Mr Lahcen
Chouf âgé de 71 ans, opéré pour tumeur
prostatique en mars 2019 (prostatectomie radicale)
révisée en avril 2022 traitée par RTH
+ hormonothérapie, stente il y a ~~2 ans~~ sans plaies.
Admis pour ballonnement abdominal avec diarrhée
glaise-sanglante, le bilan biologique et en
favor d'anémie à 8,6 g/dl, arégénérative à
114000, Vitamine B12 et Vitamine B9 normaux, Ferritine à 28.
Je vous l'adresse pour prise en charge.

Correspondant

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 151148 / 2022 du 15/11/22

Nom patient	CHAOUF LAHCEN	Entrée	15/11/22
	PAYANTS	Sortie	15/11/22

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PERFUSION	1,00		700,00	700,00
			<i>Sous-Total</i>	700,00
PHARMACIE	1,00		2 301,44	2 301,44
			<i>Sous-Total</i>	2 301,44
Total Clinique				3 001,44

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE UN DIRHAMS QUARANTE-QUATRE CENTIMES

Total 3 001,44

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@chkm.hcl.ma
05 29 00 44 77



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Casablanca le :

15/11/22.

Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie que Mr/Mme

Cherif

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'une *Anémie*

*Perpétuelle secondaire au traitement par transfusion
et par hémodialyse. Je ne suis pas.*

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.


Signature

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 150 810 / 2022 du 15/11/2022

Nom patient : **CHAOUF LAHCEN**

Entrée 15/11/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'HEMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

*Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Cancer Center
N° 150 810 / 2022*

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/11/2022
13:33

Nom Patient : CHAOUF LAHCEN		Numéro dossier : 2200593964			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/11/2022	FERINJECT INJECTABLE INJECTA (01)	1405811	2,00	1 102,00	2 204,00
15/11/2022	METHYLPREDNISOLONE 40 mg INJECTA (20(1)	1405811	2,00	21,05	42,10
15/11/2022	PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)(1)	1405811	1,00	15,02	15,02
15/11/2022	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1405829	1,00	5,86	5,86
15/11/2022	SERINGUE 10ML	1405829	2,00	1,56	3,12
15/11/2022	INTRANULE G 24	1405829	2,00	2,07	4,14
15/11/2022	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	1405829	1,00	14,10	14,10
15/11/2022	SPARADRAP HYPAFIX 10MX10CM	1405829	1,00	7,80	7,80
15/11/2022	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX	1405829	1,00	5,30	5,30
Total pharmacie					2 301,44

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: pharmacie@hik.ma
05 29 00 51 56 2