

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- 0011131

137967

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1857 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NOR Aicha
Date de naissance : 1/1/1950
Adresse : 67, Rue Ben Tlali Tajeddine, Etg 4
APT 23, Maarif, Casablanca, Maroc
Tél. : 0647457597 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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

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
	16.11.22	B2030	2968,504

AUXILIAIRES MEDICAUX

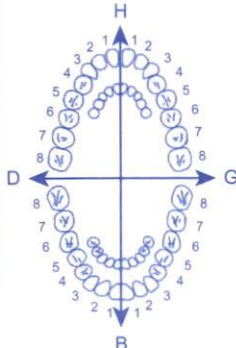
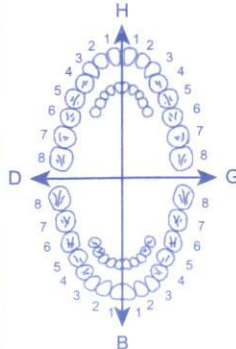
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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

Docteur EL MEKNASSI Abdelmajid

SPECIALISTE

Hépatogastro-Entérologie

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Ex-Chef du Service de Réanimation Médicale à Casablanca

Fibroscopie Digestive - Hémorroïdes

Diplôme d'Echographie Générale à Paris

Sur Rendez-vous



المكناسي

الدكتور

إختصاص

أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابقا مصلحة الإنعاش الطبي مستشفى ابن رشد

التنظير الداخلي والبواسير

شهادة الفحص بالصدى بجامعة باريس

بالميعاد

Casablanca, le 15/11/2022 في الدار البيضاء،

Mme NOR Aicha

CRP

EPF

phosphatase alcaline

de auto transglutaminase IgA

Dosage elastase fécale

ACE

CH 19-9.

Dr EL MEKNASSI Abdelmajid
HEPATO GASTRO-ENTÉROLOGUE
4, Bd Driss Larhizi - Casablanca
Tél: 05 22 20 87 19



Mme NOR Aicha
01-01-1950
2211163059



SUR CARTIER
EL MEKNASSI



FACTURE N° 2211163059
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 16/11/2022
INPE : 093002574

Mme Aicha NOR
Demande N° 2211163059
Date de l'examen : 16/11/2022

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
Marqueur Tumoral :antigene carcino embryonnaire : ACE	B250
Marqueur Tumoral : Ca 19-9	B400
C R P (Protéine C réactive)	B100
Electrophorèse des protides	B100
Phosphatases alcalines	B50
Protéines	B30
Antitransglutaminase IGA (HN)*	B350
ELASTASE FECAL	B750

Total des B : 2030
Total à payer : **2968.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux mille neuf cent soixante-huit dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature





LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASALAB PALMIER
REÇU

!! A CONSERVER POUR LE RETRAIT DE VOS RESULTATS !!

Demande N° : **2211163059**
Date du prélèvement : **16/11/2022 à 09:28**
Numéro Patient : **2211163059**

Total facturé au patient : **2968.00 Dhs**
Total Payé : 2968.00Dhs

Demande saisie par : IM
Résultats de:
Mme Aicha NOR (-0.02%)



Reste à payer *:
0.00 Dhs

Status du dossier : 00:EN ORDRE/Bon Pour Impression
Analyses : CRP, Electrophorèse des protéines sériques, Protéines totales, Phosphatase
alcaline, Antitransglutaminase IGA (HN)*, ACE, CA 19.9, ELASTASE FECALE

RETRAITS DES RESULTATS

- **Entre 9h00 et 19h00 durant la semaine**
- **De 8h00 à 14h00 le samedi. Sauf urgence**

> Si vous soldez votre facture dès la saisie du dossier vous aurez accès à vos partiel et à la Consultation des résultats par internet ou par Mail.

Laboratoire Casalab Palmier du Docteur M. Bezzari
Ouvert 24H/24, 7J/7
50, rue Al mortada Palmier - Casablanca www.casalabpalmier.com
Tél : 0522 98 83 83 - Fax : 0522 236 729 **Urgence : 0678 737371**
Prélèvement à domicile : **0522 988 383**

- > Le délai du rendu des résultats des analyses est **approximatif** : Analyses standards entre 2 et 4h, analyses de bactériologie entre 2 et 5 jours, analyses spéciales sous traitées à l'étranger = ou > 10 jours.
- > Les patients couverts par une mutuelle ou assurance conventionnée avec le laboratoire, sont priés de se présenter à l'accueil avec leurs prises en charges valides. La partie exclue de la prise en charge (Ticket Modérateur) pourrait être réclamée au patient.
- > Toutes les réclamations éventuelles seront faites directement auprès du responsable de l'accueil, ou par téléphone au 0678737371 ou par Email : accueil.casalab@gmail.com

Merci
Jus
10h.

