

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° P19- 0041116

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 695 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESNAOUI Abdelhamid

Date de naissance : 21/06/1946

Adresse : 5, Rue Ibnou Chahid Palmiers, MAARIF

Tél. : 0670406258

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/03/2023

Nom et prénom du malade : MESNAOUI Abdelhamid Age: 76 ans

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

Nature de la maladie : Infirmité suite à une

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 : 01 MAR 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/11/15		OS	80000	Dr. EL MOUTADIAL JAMAL NEPHROLOGUE

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
CENTRE DE BIOLOGIE ZOUBIR Dr BOULHEN Fatima Zohra Lot Al Khouzama, B. Mostapha Salamat N° 29E 29A Oulfa - Casablanca Tél. : 0522 93 92 97 - Gsm : 0662 60 01 04	24/11/15	B-510,00	561,00

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 :

Veillez 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> </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>B</td> <td></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



Casablanca, le 24/01/2023

ORDONNANCE

Nom : M. El Nassiri Prénom : Abdelhak

LOT 221041
EXP 07/2025
PPV 75.20DH

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

• AMEL 10 mg (S.V)

1 cp/j

321,00

• Kayexalate

(S.V)

1 com

x 21 j avant
- Petit Déj
- Dîner

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Kayexalate 454g 1F
P.P.V : 321,00 DH



6 118001 181476

396,20

Dr. EL MOUTAQAKIL JAMIL
NEPHROLOGUE

Pharmacie Najd Palmer
S.A.R.L. A.U.
1 Bis, Rue Ibnou Chahid
Derb Ghalef - Casablanca
Tél : 05 22 25 60 64



Casablanca, le

24/01/2023

ORDONNANCE

Nom : Nesmaoui

Prénom : Abalthamid



Cortisolémie → 8h.

Kaliémie Sans jeûne

BHE urinaire } Maternité
= (Kaliémie)

CPK



مختبر الزبير للتحاليل الطبية CENTRE DE BIOLOGIE ZOUBIR

Hématologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Oncologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Biologie de reproduction
Dr Boulhen Fatima Zahra Médecin Biologiste
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômé de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Casablanca le : 25/01/2023

Nom : MESNAOUI

Prénom : Abdelhamid

Code Patient : 23-00197

Plvt du: 24/01/2023 16:26

Compte rendu d'analyses



Page : 1 / 1

BIOCHIMIE

Calcium	100,39 mg/l	(86 - 105)	
Potassium	5,85 mmol/l	(3,5 - 5,5)	6,56 (23/01/23)
Phosphore	44,19 mg/l	(26 - 45)	

ENZYMOLOGIE

CPK	118,20 UI/l	(Inférieur à 171)
-----	-------------	---------------------

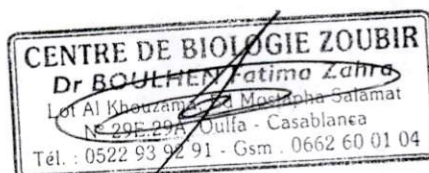
ENDOCRINOLOGIE

Cortisol plasmatique (8h) (Technique : Chimiluminescence (Atellica/Siemens))	162,25 ug/l	(52,7 - 224,5)
--	-------------	------------------

BIOCHIMIE SPECIALISEE

Kaliurie sur échantillon (Technique : COBAS C311)	23,64 mmol/l	(20 - 120)
Natriurie sur échantillon (Technique : COBAS C311)	43,00 mmol/l	(50 - 300)

Bilan validé Biologiquement par Dr. Boulhen Fatima Zahra



Centre de Biologie ZOUBIR

Dr. Boulhen Fatima Zahra

Adresse : Lot Al Khouzama, Bd Mostapha salamat (Bd Zoubir) N 29 E, 1er Etage - Oulfa - Hay Hassani

Tel : 05 22 93 92 91 / 06 62 60 60 01 04 - Email : laboratoirecbz@gmail.com

INPE :



093064459

Facture

N° facture 2023-0196

Casablanca, le 24/01/2023

Date de prélèvement 24/01/2023

Mr MESNAOUI Abdelhamid

Code Acte	Designation Acte	Cotation B
CA	Calcium	30
K	Potassium	30
PHOS	Phosphore	40
CPK	CPK	100
COR8	Cortisol plasmatique (8h)	250
OSK	Kaliurie	30
OSNA	Natriurie	30

Total B	510
APB	0,00
Total en dirhams	561,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq cent soixante-et-un dirhams***

