

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

- Reclamation : 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° W21-791821

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR NOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600643493

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade : NASR NOUNA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance rénale 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) :

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
14/04/2023	S		300,00	INP : 0911116723 Hôpital Universitaire International de l'Orbiverté Professeur Agrégé EL OUBI Omniscience, Hémiologie et transplantation rénale

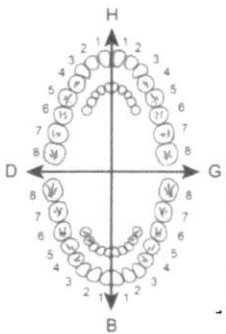
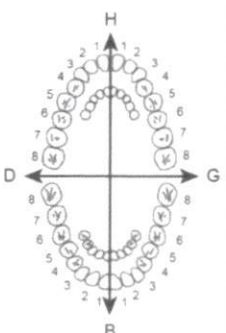
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/04/23	Voici la facture	360,00
	15/04/23	500 DH	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

						COEFFICIENT DES TRAVAUX														
							MONTANTS DES SOINS													
							DEBUT D'EXECUTION													
							FIN D'EXECUTION													
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	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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 :

14/04/2023 Dr. NASSER MOUNA

36100

Colcit 1000,

1 cp x 1 / j (S)

2H Ans Repet

PHARMACIE MOUNA
Dr. RAHAL
Annexe: 521-28164 N°1 Victoria Ct
06.64.21.83.38
05.20.630.111

092088962



Cacit® 1000

Calcium

1000 mg

Sauv orange mandarine



Titulaire

THERAMEX IRELAND LIMITED
KILMORE HOUSE, PARK LANE
DUBLIN 1 D01 YEM IRLANDE

Expéditeur

THERAMEX France SAS
PLACES D'ALVAZ
92011 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Fabricant

HEXEL'S PHARMMA GmbH
HERRLICHSTR.
A-3400 VOUSSEMING
AUTRICHE

10 Comprimés
effervescents

Voie orale



BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 05/25
LOT : 2050456

Cacit® 1000

Calcium

1000 mg

Mode d'administration :

Boire immédiatement après la dissolution complète du comprimé dans un grand verre d'eau.

Composition en substance active pour un comprimé de 7 g :

Carbonate de calcium 2500 mg
Exprimé en calcium élément 1000 mg
Excipient à effet notoire :
Jaune orange S (E110), sorbitol

Indications thérapeutiques :

- Carences calciques (carence en calcium) notamment en période de croissance, de grossesse, d'allaitement.
 - Traitement d'appoint des ostéoporoses ;
 - sujet âgé, après la ménopause, sous corticoïde, d'immobilisation lors de la reprise de mobilité.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Médicament non soumis à prescription médicale.

Cacit® 1000

Calcium

1000 mg

Sauv orange mandarine



Theramex

10 Comprimés
effervescents

Voie orale



Cacit® 1000

Calcium

1000 mg

10 Comprimés
effervescents

Cacit® 1000

Calcium

1000 mg



Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité.
Le tube doit être refermé soigneusement après chaque utilisation.

Cacit® 1000

Calcium

10 Comprimés effervescents



6 118001 040056

01.19
100120

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2023 Mme NASR TLANA

IR d'albuminurie

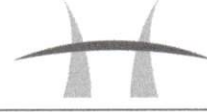
Echographie abdominale pelvienne

Hôpital Universitaire
International Cheikh Khalifa
Service Imagerie Médicale

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Agrégé EL OUBRY Hiba
Unité de Radiologie et Transcription-Résumé
Tél : 117 6727



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Nom du patient: NASR MOUNA
Type d'examen: Echographie abdominopelvienne

Date: 15/04/2023

:

Renseignements cliniques: bilan d'une insuffisance rénale.

Résultats :

- **Reins de taille et de situation normales, de contours légèrement bosselés, présentant une bonne différenciation cortico-médullaire mais cortex rénal légèrement hyperéchogène par rapport au foie, sans dilatation pyélo-calicielle ni image lithiasique ni lésion focale évidente.**
- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal.
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.
- Utérus de taille normale, à contours réguliers et d'échostructure homogène.
La ligne de vacuité est fine.
- Ovaire droit sans anomalie
- Ovaire gauche non vue (réplétion vésicale insuffisante)
- Absence de masse latéro-utérine.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

Au total :

Echographie abdomino-pelvienne sans particularité en dehors d'un aspect échogène du cortex rénal, à confronter aux données biologiques.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Pr A. RAMI

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

0911881160
Professeur Agrégé RAMI AMAL
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300240441

F A C T U R E

N° 14.516 / 2023 du 15/04/2023

Nom patient : **NASR MOUNA**

Entrée 15/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Echographie abdomino-pelvienne	1,00	K	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENTS DIRHAMS	Total 500,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

[Signature]

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2304151145050140 / 1 / 1.099

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300240441	NASR MOUNA	15/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		100,00
PAYANT	Total payé	100,00
CENT DIRHAMS		

Reçu établi par : N.HAKIMA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2304151033180140 / 1 / 1.096

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300240441	NASR MOUNA	15/04/2023


Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : N.HAKIMA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 14/04/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300670516
Nom patient	NASR MOUNA
Médecin	DR. EL OURY HIBA
Motif	CONSULTATION DE NEPH
Encaissement	300,00

Visa accueil
BAS.LAZ 11:39

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 53 687 / 2023 du 14/04/2023

Nom patient : **NASR MOUNA**

Entrée 14/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/04/2023

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





مركز النقديات

ACHAT)))

15/04/23

10:36:49

9900240830

92408303

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A0000000031010

*****5410

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

MONTANT :

400,00 MAD

Num Transaction

: 001

Num Autorisation

: 881758

STAN

: 001096

TICKET CLIENT



مركز النقديات

ACHAT)))

15/04/23

11:48:44

9900240830

92408303

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A0000000031010

*****5410

VISA

CARTE LOCALE

226-0-9999-1-44

MONTANT :

100,00 MAD

Num Transaction

: 004

Num Autorisation

: 353152

STAN

: 001099

TICKET CLIENT