

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

M23-014733

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5785 Société : 165238

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MORJANE CHAIBIA

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Belvédère Casablanca

Tél. : 0660630711 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Morjane Chaibia Age :

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

Nature de la maladie : Insuffisance Rénale Chronique

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 : 11 JUIN 2023

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
25/05/2023			* 300 *	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Pharmacien Biologiste	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24 MAI 2023	B130 + PL	189,20 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

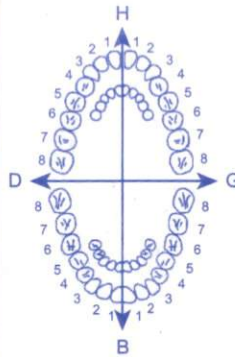
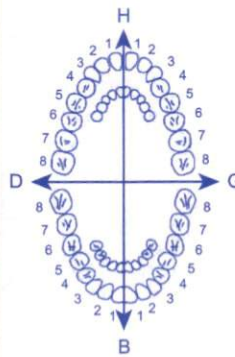
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/05/23

Mme
Nojane

GAS

Hba_{1c}

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Dr. Sara DEHAYNI

Neurologie Hémodialyse
Néphrologie Rénale

051294252



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 25/05/2023

Quittance - Paiement espèces 0777947

IPP :

N° D'admission : 230690521 Montant : 300 Dh

Patient : NORJANE CHATBA


Payé par : CHALEB HEND

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 25/05/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300690521
Nom patient	MORJANE CHAIBIA
Médecin	DR. DEHAYNI SARA
Motif	CONSULTATION DE NEPH
Encaissement	0,00
<div>Visa accueil SAR.SLA 11:30</div>	

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 73 171 / 2023 du 25/05/2023

Nom patient : **MORJANE CHAIBIA**

Entrée 25/05/2023

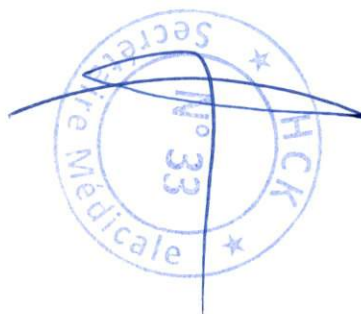
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/05/2023

	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	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00





مختبر بلقيدير للتحليلات الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -
Biologie de la Reproduction



Dr. EL FILALI Ahmed

الدكتور الفيلالي أحمد

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles

Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles

Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE

DE L'EUROPE à Brest (France)

DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

DU Assurance qualité en biologie médicale

Dossier N° : **23051308**

Enregistré le: 24-05-2023 à 09:21

Prélevé le : 24-05-2023 à 09:21

Mme MORJANE Chaibia

Né(e) le : 01-01-1949 (74 ans)

Dossier N° : **23051308**

Prescripteur :

Compte-rendu complet Edité le : 25-05-2023 à 09:24

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche COBAS C311-Diasys
RESPONS 920 - Biorad D10

Glycémie à jeun:	1.03 g/L	(0.70-1.15)
(Test enzymatique photométrique GOD-PAP)	5.72 mmol/L	(3.89-6.38)
Hémoglobine glyquée (HBA1c):	5.6 %	(<6.0)
(D10-HPLC Biorad)		

Valeurs cibles de l'HBA1C selon HAS	Patients concernés
<7%	Diabète de type 2 dans la plupart des cas
<7.5%	Diabète de type 1
<8%	Diabète de type 2 chez patients avec facteur de risque

Validé par : **Dr. EL FILALI AHMED**

LABORATOIRE BELVEDERE

Dr. EL FILALI Ahmed
Pharmacien Biologiste

Rés. Zine El Mahaba
En Face de La Gare Casa Voyageurs
Tél: 0522 242 855 / 0522 40 73 63 - Fax: 0522 240 641

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com



مختبر بلقيدير للتحليلات الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -
Biologie de la Reproduction



Dr. EL FILALI Ahmed
الدكتور الفيلالي أحمد
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles
Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles
Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE
DE L'EUROPE à Brest (France)
DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes
DU Assurance qualité en biologie médicale

ICE: 00157364000048

IF: 18744778

TP: 32502798

CNSS: 2393574

INP: 069002764

FACTURE N° : 230500639

CASABLANCA le 24-05-2023

Mme MORJANE Chaibia

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prlt sanguin	E15	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 189.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-neuf dirham vingt centimes.

LABORATOIRE BELVEDERE
Dr. EL FILALI Ahmed
Pharmacien Biologiste
Rés. Zine El Mahaba
En Face de La Gare Casablanca
Tél: 05 22 24 28 55 - Fax: 05 22 24 06 41 - E-mail: labobelvedere@gmail.com
Site web: www.labobelvedere.com

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com