

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 canalaires, 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 canalaires.

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'Hi,
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

M23-012917

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1507 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : MESSAOUDI Halima Soudia
 Date de naissance : 01-04-1946
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0671 829641 Total des frais engagés : 637,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2024
 Nom et prénom du malade : MESSAOUDI HALIMA-Soudia
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint
 Nature de la maladie : PTG
 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 : Casa

Le : 01/02/24

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
du 01.12.2024 au 01.12.2024	vacances	1 x 297	637,20	

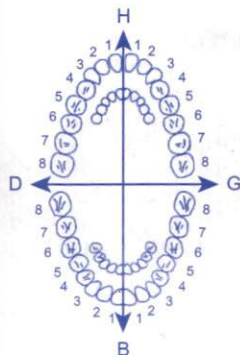
[illegible][illegible][illegible]

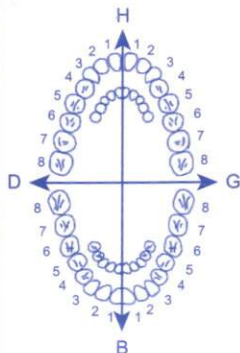
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 01/02/2024

ORDONNANCE

Nom : MESSAOUDI Prénom : HALIMA - SAADIA

ECG

Clinique
HAMDANI
Derb Ghallef, Maarif - Casablanca
INPE: 0900002787
FACTURATION
Dr. EL OURZADI Abdelhak
Anesthésiste-Réanimateur

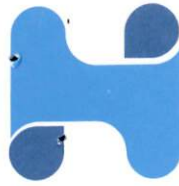


Casablanca, le 01/02/2024

ORDONNANCE

Nom : MESSAOUDI Prénom : HALIMA - SAADIA

Rx Du Jenson
F/P
D'URZADI Abdellatif
Médecin Généraliste-Réanimateur
Clinique HAMDANI
Casablanca
Derb Ghallef, Maarif - Casablanca
Tél: 090062787
FACITRATION



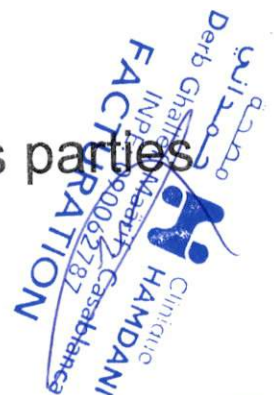
Casablanca le 01/02/2024

NOM & PRENOM : MESSAOUDI HALLIMA SAADIA

RX DU GENOU GAUCHE F/P

Résultats :

- Déminéralisation osseuse modérée
- Matériel d'ostéosynthèse en place
PTG
- Absence de lésion lytique ou
condensante
- Discret épaissement des parties
molles.





Casablanca, le 02/02/2024

ORDONNANCE

Nom : MESSAOUDI Prénom : HALIMA - SAADIA

N.F.S + plaquettes

Clinique
HAMDANI
Derb Ghallef, Maarif - Casablanca
INPE: 090062787

FACTURATION

Dr. EL OURZADI Abdellatif
Anesthésiste-Réanimateur

LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2402023011**

Résultats de : **Mme MESSAOUDI Halima
Saadia**

Né(e) le : -

N° CIN : -

Date du prélèvement : 02/02/2024 07:39. AIT

Edition du : 07/02/2024 à 09:29

CLIHAMAD

Monsieur Le Dr de la Clinique Anesthésiste-Réanimateur

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

Leucocytes :	8,32	10 ³ /mm ³
Hématies :	3,65	10 ⁶ /mm ³
Hémoglobine :	11,80	g/dL
Hématocrite :	34,6	%
VGM :	94,8	fL
TCMH :	32,3	pg
CCMH :	34,1	g/dL
RDW :	13,2	%

Formule leucocytaire :

Neutrophiles :	68,2	%
Soit:	5 674	/mm ³
Eosinophiles :	0,4	%
Soit:	33	/mm ³
Basophiles :	0,4	%
Soit:	33	/mm ³
Lymphocytes :	22,2	%
Soit:	1 847	/mm ³
Monocytes :	8,8	%
Soit:	732	/mm ³
Plaquettes:	152	10 ³ /mm ³



Dossier n° 2402023011 – Mme Halima Saadia MESSAOUDI

1 / 2





FACTURE N° 2402023011
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 07/02/2024
INPE : 093002574

Mme Halima Saadia MESSAOUDI
Demande N° 2402023011
Date de l'examen : 02/02/2024

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
DEPLACEMENT CLINIQUE	E30
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80

Total des B : 80
Total à payer : **137.20** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :
cent trente-sept dirhams vingt centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



CLINIQUE HAMDANI

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

F A C T U R E

N° : 297 / 2024 du 05/02/2024

Nom patient **MESSAOUDI HALIMA-SAADIA**
PAYANT

Entrée 01/02/2024
Sortie 05/02/2024

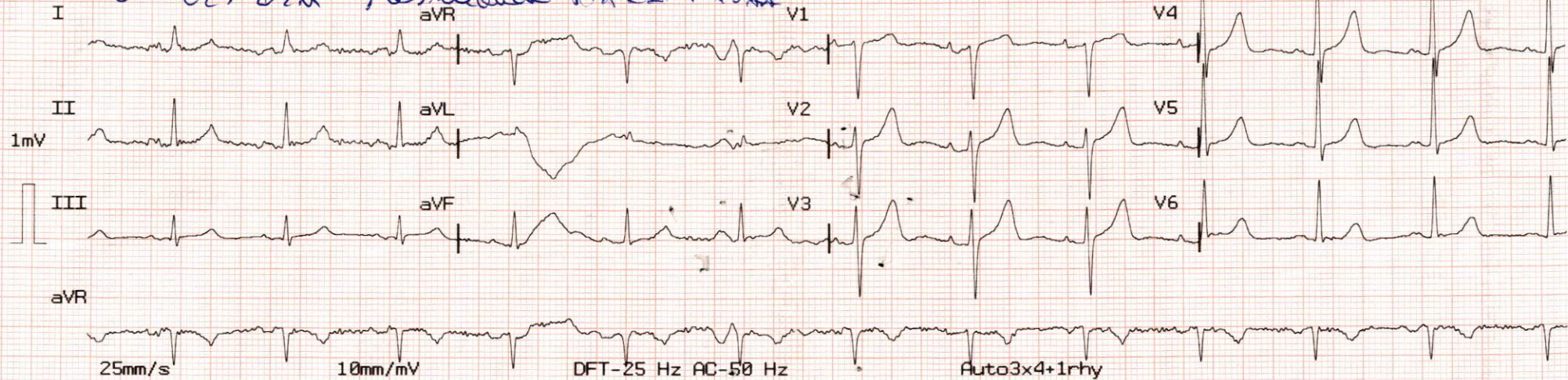
Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECG	1,00		200,00	200,00
RADIO POST OPERATOIRE	1,00	Z15	300,00	300,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00

LABORATOIRE CASALAB PALMIER	1,00		137,20	137,20
			Sous-Total	137,20
Total Autres prestations				137,20

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS VINGT CENTIMES		Total	637,20
20240040026181	MESSAOUDI HALIMA-SAADIA 20240040026181		

Clinique
HAMDANI
INPE: 000002787
Derb Ghellaf, Maarif - Casablanca
FACTURATION

01/02/2024 Meszoudi HALIMA.SA



Id	:000000000001	FC	:	77bpm
Nom	:	Duration P	:	142ms
Sexe	:Homme	Intervalle P:		151ms
Age	:	Complex QRS	:	81ms
Longueur:	cm	QT/QTc int..	:	361/410ms
Poids	: Kg	Axe P/QRS/T	:	30/46/90°
Race	:Inconnue	Amp. RV5/SV1:		1.41/0.83mV
Medecine:		Amp. RV6/SV2:		2.24
Avec pac:	Oui	Amp. RV6/SV2:		0.99/0
2024-01-13 09:14				
Hopital:				

Rapport valide par: