

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Médecine 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.

Éducation :

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

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0046488

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1488 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hoummane El Mostafa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Hoummane El Mostafa Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-046488

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSP = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade /
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petit chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme
qui relèvent de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou
le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMV = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
E = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera renvoyé sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPUS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REéducation
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857
FAX : 91.26.52
TELEX : 3993 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.

FEUILLE DE SOINS 733717

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Houssaine EL Mostafa

Matricule : 1788 Fonction : _____ Poste : _____

Adresse : 118 Route d'El Jadida Afif

Tél. : 0663.017869 Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient : Houssaine EL Mostafa Age _____

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin

Nature de la maladie : Anémie *Hôpital Universitaire International* *Cabinet Khalifa* *Consultation Chirurgie* *l'âge gauche*

S'il s'agit d'un accident, causes et circonstances

ACCUEIL *29 JUL 2019* *ACCUEIL*
Ass. le 14/07/2019 *Signature et casier du praticien*
Hôpital Cheikh Khalifa *Pr Ass. BELMOUDI Hicham*
Pr Chirurgie Vascular *41-28431*

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Consultation Cardiologique	10	300,00	Hôpital Cheikh Khalifa Ass. BELMIR Hicham Chirurgie Vasculaire

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Achat et Signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Centre National de Référence : 05.29.05.01.33 jean-pierre.boisjoly@chru.fr	29/04/99	B0100 + P	168,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

'est entendu que l'offre est conditionnée à la fourniture

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Identifiant du patient : 150709093800ME

Date de naissance : 12/10/1950

Sexe : M

Date de l'examen : 29/04/2019

Prélevé le : 29/04/2019 à 15:48

Édité le : 29/04/2019 à 17:01

Mr HOMMAME EL MOSTAFA
Dossier N° : 19045987

Docteur BELMIR HICHAM
Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT


HEMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.48	10 ¹² /l	4 - 5.5	3.40 10 ¹² /l (01/10/2018)
Hémoglobine	:	13.1	g/dl	13 - 17	9.4 g/dl (01/10/2018)
Hématocrite	:	39.2	%	36 - 50	29.1 % (01/10/2018)
VGM	:	87.5	fl	82 - 98	85.6 fl (01/10/2018)
CCMH	:	33.4	g/dl	32 - 36	32.3 g/dl (01/10/2018)
TCMH	:	29.2	pg	27 - 32	27.6 pg (01/10/2018)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	7.68	10 ³ /mm ³	4 - 10	6.76 10 ³ /mm ³ (01/10/2018)
P. Neutrophiles	:	56.0	%	4.30 10 ³ /mm ³ 1.5 - 7	71.6 % (01/10/2018)
P. Eosinophiles	:	3.3	%	0.25 10 ³ /mm ³ < 0.46	0.6 % (01/10/2018)
P. Basophiles	:	0.5	%	0.04 10 ³ /mm ³ < 0.08	0.6 % (01/10/2018)
Lymphocytes	:	31.9	%	2.45 10 ³ /mm ³ 1 - 4	22.0 % (01/10/2018)
Monocytes	:	8.3	%	0.64 10 ³ /mm ³ 0.2 - 1	5.2 % (01/10/2018)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	131	10 ³ /mm ³	150 - 400	285 10 ³ /mm ³ (01/10/2018)
------------	---	------------	----------------------------------	-----------	--

Le 29/04/2019 à 17:01
 Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Laboratoire National de Référence
 Tel : 05 29 05 02 33
 E-mail : labo@fckm.frlk.ma

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 003 / 2019 du 29/04/2019

Nom patient : HOMMANE EL MOSTAFA

Entrée 29/04/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 29/04/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de chirurgie vasculaire p	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00

*Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologique*

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 171 / 2019 du 29/04/2019

Nom patient : **HOMMANE EL MOSTAFA**

Entrée 29/04/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/04/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0140	168,00 Sous-Total	168,00 168,00
Total Frais Clinique				168,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS	Total	168,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	168,00	168,00	0,00

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
www.laboratoire-national.com

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/14 /19

de ^{le} romnee El Meknaza

- ① Uri =
- ② urat =
- ③ NFS

Laboratoire National de Référence

522.05.02.33

ma



Spécialités

Cytogénétique
 Biologie moléculaire
 Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
 Biologie médicale
 Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 150709093800ME

Date de naissance : 12/10/1950

Sexe : M

Date de l'examen : 29/04/2019

Prélevé le : 29/04/2019 à 15:48

Édité le : 29/04/2019 à 17:01

Mr HOMMAME EL MOSTAFA

Dossier N° : 19045987

Docteur BELMIR HICHAM

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

IONOGRAMME

URÉE	:	0.45 g/L	0.15 - 0.45	0.21 g/L (27/09/2018)
CRÉATININE SANGUINE	:	9.87 mg/L	7 - 13	6.21 mg/L (27/09/2018)

Le 29/04/2019 à 17:01
 Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
 Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence
 Tel : 05 29 05 02 33
 Casablanca - Maroc

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.