OMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actère personnel.

PRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Ho
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

Nº P19-0043657

ND: 33760

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H LILA HAKIMA

Date de naissance : 11/1/1963

Adresse : 47 Bd IBRAHIM ROUDANI Nº 20 ETG. 2 CASA

Tél. : 0661178650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHEIKH SARA
Nephrologie
CHU Ibn Rochd - Casa

Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : 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 : CASA **Le :** 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

21 JUIN
AGDIAL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9/6/20	C6			Dr. CHEIKH SARA Nephrologie CHU Ibn Rochd - Casa

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr. [illegible] 50, Rue [illegible] Casablanca Tel : 05 22 27 84 74 Fax : 05 22 27 22 86	30/6/20	B350	494,00DH

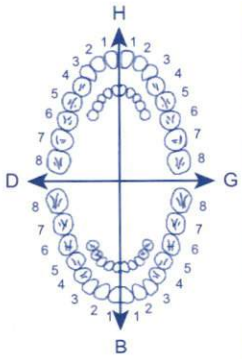
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

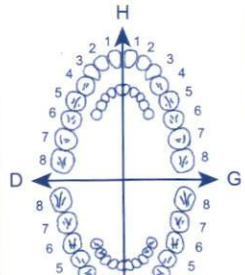
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient
				

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
	H: 25533412 21433552 / 00000000 00000000 — D — G — 00000000 00000000 / 35533411 11433553 — B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

AL KINDY

مختبر التحليلات الطبية الكندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL KINDY

Dr. BELHACHMI JAMAL
Pharmacien Biologiste
Laureat de L'université de Lille

بلهاشمي جمال
صيدلي إحيائي
خريج جامعة ليل

Biochimie - Hématologie - Bacteriologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie

Examen du : 30/06/2020
Heure Plvt : 9:31:00
Edité le : 01/07/2020

Mme HLILA Hakima

Code Patient : 15-02783 **Réf : 300620-011**

Compte rendu d'analyses

DOSAGE DES MEDICAMENTS

		Valeurs Usuelles	Antériorité
TACROLIMUS	: 5,37 ng/ml		

Zone thérapeutique en taux résiduel en µg/l

	Initial	*Maintien*
Transplantation rénal	*10-15*	*10-15*
Transplantation hépatique	*10-15*	*10-15*

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Dr J.Belhachmi

50, زنقة المستشفيات (أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجامعي إبن رشد) الدار البيضاء
50, Rue des Hôpitaux (en face de la porte principale du CHU Ibn Rochd) - Casablanca - I.C.E. : 001743632000013
Tél : (05 22) 27 84 74 / 06.66.55.19.62 - Fax.: (05 22).27.22.86 - E-mail : laboalkindy@gmail.com

AL KINDY

مختبر التحليلات الطبية الكندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL KINDY
Dr. BEL HACHMI JAMAL
Pharmacien Biologiste
Laureat de L'université de Lille
بلهاشمي جمال
صيدلي إحيائي
خريج جامعة ليل

Biochimie - Hématologie - Bacteriologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie

Facture

N° facture : 20-01333
Date : 30/06/2020
Date de prélévement :30/06/2020
Patient :Mme HLILA Hakima

Analyses	Valeur en B	Montant
TACROLIMUS	350	469,00

Total B	350	469,00
APB	1,0	25,00
Majoration de garde		
Total		494,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Quatre Cent Quatre-Vingt-Quatorze Dirhams *****

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL KINDY
50, Rue des Hopitaux
Casablanca - 2030
Tél : 05 22 27 84 74
Fax : 05 22 27 22 86

IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء
CHU
Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

BILLET D'EXAMEN

Date : 29/06/2020

Prénoms - Nom du malade : MLILA HAKIMA

Service : ..... N° d'admission : .....

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Toprograf	

Le médecin traitant

Dr. CHEIKH SARA
Néphrologie
CHU Ibn Rochd - Casa

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83