

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-486645

53336

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4968

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FADI HAFID

Date de naissance :

19/04/1963

Adresse :

RESIDENCE ECHARAF IMM DB6
Ain Chock CASA

Tél. :

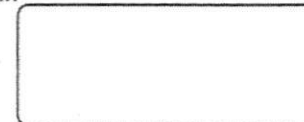
0661392672

Total des frais engagés :

901,56 M1

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

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 fournis sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

Le :

21/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

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

INP :

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

AUXILAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

17/12/2020

HAFID
Fadi

P

Enol

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
E-mail : contact@hck.ma
Fax : +212 529 00 44 77
Tél : +212 529 03 53 45
N° d'urgence : 1962

COVID 19





وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

17/12/2020

Hayid
Fadi

Pc R Covid 19

Hôpital Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
Email : contact@hck.ma
N°IN : 080001862

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. A. ...
OUR ...
UR ...
...
...

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

17/12/2020
21:49

Nom Patient :	FADI HAFID	Numéro dossier :	2000284692
---------------	------------	------------------	------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
17/12/2020	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25MM	984827	1,00	1,56	1,56
Total pharmacie					1,56

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.mr
Tél : 0006 1 96 1 96 1 96

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 124966 / 2020 du 17/12/2020

Nom patient	FADI HAFID	Entrée	17/12/2020
	PAYANTS	Sortie	17/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
PCR + SEROLOGIE	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	900,00
PHARMACIE	1,00		1,56	1,56
			Sous-Total	1,56
Total Clinique				901,56

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	901,56
NEUF CENT UN DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES		

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: contact@fckm.pck.ma

Identifiant du patient : H0120033210

Date de naissance : 19/04/1963

Sexe : M

Date de l'examen : 17/12/2020

Prélevé le : 17/12/2020 à 21:35

Edité le : 18/12/2020 à 13:40

FADI HAFID

Dossier N° : C201210979

Service : LABORATOIRE



DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux : NEGATIF
Titre : 0.109 COI
CONCLUSION : Absence d'anticorps anti-SARS CoV2.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.

Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

Le 18/12/2020 à 13:40

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Hématologiste



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

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.