

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE TIVER 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.

## Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 053296

ND: 54414

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7019 Société : RAD

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite

Nom & Prénom : MEKRI Naima

Date de naissance : 19-01-62

Adresse : Rue 3 N°69 AA7 SACA

Tél. : 06616898 Total des frais engagés : 1254,211 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Prof. A. EL DRISSI LAMGHAR  
Gastroentérologue  
Endoscopie Digestive Interventionnelle  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
GSM : +212 6 55 85 59 58  
E-mail : eldrissilamghar@iccm-horloge.ma

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL MEKRI Age: 43 ans

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 23/10/20





# 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
23/10/20			67	
23/10/20			67	

# 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
	23.10.2020	Panor	1254,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 prothèse ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
	<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		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N°: 104667 / 2020 du 23/10/2020

Nom patient	EL MEKKI NAIMA	Entrée	23/10/2020
	PAYANTS	Sortie	23/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	1 254,00	1 254,00
			Sous-Total	1 254,00
			Total Clinique	1 254,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
MILLE DEUX CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS		Total	1 254,00

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA





Casablanca, le vendredi 23 octobre 2020

## EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

**PATIENT :** EL MEKKI Naima



2000264427 / 170702190502ME

Prénom : Naima

Nom : EL MEKKI

DDN : 19/01/1962 E: 23/10/2020

Service : ENDOSCOPIE (NA)

MUPRAS  
Sexe: F

### RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

- Crises douloureuses épigastrique avec vomissements, et migraine
- Asthénie croissante, anorexie avec amaigrissement non chiffré
- Ballonnement abdominale avec tendance diarrhéique

**Tube 1 : Duodénum : d'aspect normal**

**Tube 2 : antre + fundus : aspect de gastrite congestive et nodulaire**

**Tube 3 : DAI : d'aspect normal**

**Tube 4 : Biopsie colique étagée : colon d'aspect normal**

Cachet et signature :

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Hôpital Cheikh Khalifa

Prof. A. EL IDRISSI LAMGHARI  
Gastroentérologue  
Endoscopie Digestive Interventionnelle  
Hopital Cheikh Khalifa Bât Zaa  
GSM : +212 6 55 65 59 58  
Email : elidressilamghari@fckm-hck.ma