

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



Déclaration de Maladie  
N° P19- 0026488

## 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.

## Pathologie 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.

## Prothèse 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1855 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : DELKAOUI Mohamed

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0699169765 Total des frais engagés : ..... Dhs

### 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 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) : .....

## 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



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)	Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Fin de											

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-386185		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

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

W18-386185

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1855	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom DERKAOU, Mohamed			
Fonction : RETRAITE	Phones 0699 169745		
Mail Derkaoui1951@GMAIL.COM			

MEDECIN		Prénom du patient Derkaoui Mohamed
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date 02.02.19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Toxi-fet alimentaire		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		150.00

PHARMACIE		Date 07/02/19
Montant de la facture		249.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 11/02/19
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B30	130.60	

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	CACHET
AM	PC	IM	IV		

Dr. Abdelhak EL HASSEN  
6 Bd de la République  
Tél : 0522 23 67 43  
Pharmacie  
Dr. Elmi Aziz  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Bd Mohammed VI, BERRECHID  
Tél : 05 22 33 66 43

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid (Près des Taxis Jakma)  
Tél. : C. : 05 22 32 52 87  
INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبد الحق

الطبيب العام

6 شارع الحرية - حي التسيير 1  
برشيد - (قرب طاكسيات جقمة)  
الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom :

Prénom :

Berrechid :

16.30

14

19.30

24

38.00

31

4

Dog - atil 8  
cas 34, art  
Aparide 200  
up 24 art  
Cotum 8  
Mehene 20



Abdelhak MECHAL  
Médecin  
6 Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid - 05 22 32 52 87



12070 Zola 50 (ZS)  
 249.40  
 14/11/19



Dr. Abdelhak MICHAL  
 Médecine Générale  
 6 Bd de la Liberté, Algiers  
 Tél: 05 23 23 23 23

DOGMATIL 0,5g/100ML  
 SOL BUV FL 125ML  
 P.P.V : 16DH30  
 LOT : 9MA028  
 PER : 01/2021  
 6 118000 012153

ZOLAM<sup>®</sup> 30 mg  
 28 gélules  
 PROMOPHARM S.A.  
 6 118000 240969

APAZIDE<sup>®</sup> 200 mg  
 Nifuroxazide  
 16 gélules  
 6 118000 040064

19,70

PPV 19DH70  
 PER 01/22  
 LOT 1133

LOT 13006  
 PER 10/21  
 PPV 180DH70  
 120,70

CO-TRIM<sup>®</sup> FORT  
 20 comprimés  
 6 118000 030195

CO-TRIM<sup>®</sup> FORT  
 PPV 38DH00

20 comprimés

EXP 05/2023  
 LOT 94070 3

Mébévérine Forte 135 mg  
 30 comprimés pelliculés

6 118000 020929

LOT 182773  
 EXP 12 2023  
 PPV 54,70  
 54,70

# Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid (Près des Taxis Jakma)  
Tél. : C. : 05 22 32 52 87  
INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التسيير 1  
برشيد - (قرب طاكسيات جكمة)  
الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom :

Prénom :

Berrechid :

Tissa

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
I.B.N. S.I.N.A.  
M. Mohammed V. BERRECHID  
Tél : 05 22 33 66 43

Dr. Abdelhak MECHAL  
Médecine Générale  
6 Bd de la Liberté Tissir 1  
Berrechid - Tél : 05 22 32 52 87

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43 Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 067157875

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

***FACTURE : 67839***

**IB 36087 B**

**Nom et Prénom : Mr. DERKAOUI MOHAMED**

**Prescripteur : Dr. MECHAL Abdelhak**

**Référence : 110919 020**

**Date : 11/09/2019**

**BILAN :**

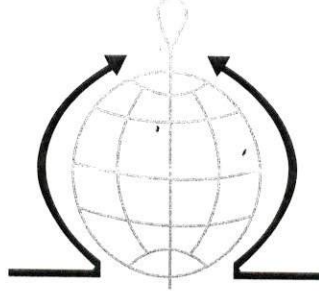
TGO B 45 + TGP B 45 +

**MONTANT NET : 130,60 Dhs Soit 90 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Cent trente Dh et soixante cts*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd, Mohammed V, BERRECHID  
Tél : 05 22 33 66 43



Berrechid le : 11/09/2019

CIN : B179020

Résultats complets

Edité le: 11/09/2019

Medecin Dr. MECHAL Abdelhak

Mr. DERKAOU MOHAMED

IB 36087 BRF: 110919020

## BIOCHIMIE

## VALEURS DE REFERENCE

## ANTECEDENTS

TRANSAMINASE T.G.O (ASAT) ... 19,0 UI/l (N : < 42)  
(Technique HITACHI 704)

TRANSAMINASE T.G.P (ALAT) ... 21,0 UI/l (N : < 41)  
(Technique HITACHI 704)

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES IBN SINA  
DR. MECHAL ABDELHAK  
Tél : 05 22 33 66 43