

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.

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.

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) 22103 | | | |
| Matricule : | 8538 | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : IBN KHALDOUN JUSTAPHA | | | |
| Date de naissance : | 19.09.63 | | |
| Adresse : | N° 15 Rue 10 à l'et' Fakir Mohamed | | |
| Tél. : | 966 555 133 051 | Total des frais engagés : | Dhs |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | Age: | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : AS | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 FEV. 2020 | | | |
| 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 : **10.02.2020** Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **Faraj**

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale courrant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|-----|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant 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 |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro - Radiologie |
| B | = 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 a été proposée pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU VENTORIUM

SEjour EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit des répétés en plusieurs séances ou actes aux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- 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 venir 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.



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 0677340

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : IBN KHALDOUN MUSTAPHA

Matricule : 8538 Fonction : Resp. Financier Poste : Rm JEY

Adresse : N° 15 Bloc 10 cité Sidi Jel

Tél. : +216 555433051 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : IBN KHALDOUN Fadwa Age 27 01 916

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : AII Hypothyroïdisme

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

A, le 10/2/2000 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Mohamed BIGA
Diabetology & Endocrinology
Tél: 05 28 84 41 23

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 8538

Nom du patient : FAOWA

Date de dépôt :

Montant engagé 200 + 100 = 300

Nombre de pièces jointes :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/2/20 | m | | 200 | Dr. Mohamed Ben Diabetologue Endocrinologue Tél: 05 28 84 41 23 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE ZHOK Blok 10, Inel - AGADIR Tél : 05 28 84 37 78 | 10/2/20 | 1203,10 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------|------------------------------|------------------------|
| DR. MOHAMED BEN | 11/2/2020 | B950 + PC25 | 1300,00 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D | 00000000 | 00000000 | B | MONTANT DES SOINS |
| D | 00000000 | 00000000 | G | DATE DU DEVIS |
| D | 35533411 | 11433553 | B | DATE DE L'EXECUTION |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L | | | | |



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

036216033



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

036216033



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

036216033



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

036216033



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

036216033



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

036216032

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 11/2022
LOT 99036 10

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 11/2022
LOT 99036 10

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 11/2022
LOT 99036 10

Actyl D

PVC : 86,00 DH



AUDOMARUS

Fabriqué en France - Made in France

Actyl D

PVC : 86,00 DH



AUDOMARUS

Fabriqué en France - Made in France

Actyl D

PVC : 86,00 DH



AUDOMARUS

Fabriqué en France - Made in France

Actyl D

PVC : 86,00 DH



AUDOMARUS

Fabriqué en France - Made in France

Actyl D

PVC : 86,00 DH



AUDOMARUS

Fabriqué en France - Made in France

Actyl D

PVC : 86,00 DH



AUDOMARUS

Fabriqué en France - Made in France

35

06 22

LOT

PER

Prix

79,00

FR

Spécialiste
Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

الدكتور محمد بيكا

Docteur Mohamed BIGA

إختصاصي
مرض السكر - الكوليسترول - السمنة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

P =
TA =
Glycémie =

Agadir, le : 10.2.2022

Ibn Khaldoun
FAT ۱۴ - A

PPV: ۴۹-۶۰ D4
LOT: ۱۴L02/8
EXP: ۱۲/۲۰۲۲

MC220M403118
09/08/2018

13,40 x 6
Levothyrox ۵۰ mg/j

49,60 x 6

۸۶,۰۰ x 6 ۱/موسم x ۳

۸۶,۰۰ x 6 ACTYL

۷۵,۰۰ x 6 ۱/۱ x ۶

۲۷,۷۰ x 3 Nefer ۱ - ۱ - ۰

Vit C ۱۰۰ - ۰ - ۰ | X ۳

1203,10

صيدلية زهور
PHARMACIE ZHOR
Bloc 10, Ichach - AGADIR
Tél: 05 28 84 37 73

Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
Tél: 05 28 84 41 23

الدكتور محمد بيجا

Docteur Mohamed BIGA

Spécialiste

Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

إختصاصي

مرض السكر - الكولسترول - السمنة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

Agadir, le : 10.2.2023

Ibkheljouh
FADWA

- NFS
- CRP
- VS
- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine
- Glycémie à jeun
- Glycémie à 10h
- Glycémie à 16h
- HbA1c
- Na+ K+ Cl -
- HCO3- Ca++ Mg++
- Urée
- Crétinémie
- Uricémie
- Cholestérol Total
- HDL Cholestérol
- LDL Cholestérol
- Triglycérides
- Phosphoremie
- AC Anti-Transglutaminases = IgG - IGA

- Transaminases ASAT, ALAT
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acides
- Phosphatases alcalines
- Amylasémie
- LDH CPK
- G-GT BNP
- Electrophorèse des protéines
- TROPONINE
- Protéinurie des 24 h
- Micro albuminurie / 24 h
- ECBU
- Prélèvement Vaginal
- + Antibiogramme
- FSH LH
- oestradiol
- Progestérone
- Prolactine
- Testostérone
- ABO + Rhésus
- RAI
- VDRL TPHA
- Sérologie toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- β-HCG Plasmatique
- Hépatite B
- Antigène Hbs
- Anticorps Anti-Hbs
- Anticorps Anti-Hbc
- Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
- Anticorps Anti-HVC
- TSH - us AC Anti TPO
- T3L
- T4L
- Cortisolemie 8h
- Cortisolemie 1h après synacthène
- C.L.U
- 1,25 DH D3
- Spermogramme
- PSA
- IGF1
- Calcitonine

Dr Mohamed BIGA
Diabétologue Endocrinologue -
1, Av. 29 Février TALBORJIT AGADIR
Tel. 05 28 84 41 23

الدكتور محمد بيكا

Docteur Mohamed BIGA

إختصاصي

Spécialiste

Diabète sucré - Cholestérol

Goutte - Obésité

Stérilité - Retard de Croissance

Goitre

مرض السكر - الكوليسترون - السمنة

العقم - قصر القامة

أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

NOTE D'HONORAIRE

Agadir, le : 10.2.2020

Perçu de M. Ibn Khalidoum Fadwa

pour Honoraire de consultation

le 10.2.2020

La somme de ₦ 200,00 dhs

Signature :

محمد بيكا
Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
Tel: 05 28 84 41 23

المختبر المركزي للتحاليل الطبية

Laboratoire central d'analyses médicales

AGADIR le: 11/02/2020

FACTURE N° 11626/2020

| | |
|----------------|--------------------------------|
| Médecin | Docteur BIGA MOHAMED |
| Nom du patient | MLLE IBN KHALDOUN FADWA |
| Examens | - FERRI- TSH- VITD3 |
| Cotation | B 950 + PC25 |
| Montant | 1 300,00 DH |

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: MILLE TROIS CENT DIRHAMS



**LABORATOIRE CENTRAL
D'ANALYSES MÉDICALES**
Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h à 19h
& le Samedi de 7h à 13h
Clinique et Urgence 7j/7j, 24h/24h
Prélèvement à Domicile (sur RDV)



Dr. JAZOULI Mohammed Jalal
Spécialiste en : Hémato-cytologie
Biochimie - Sérologie - Immunologie
Bactériologie - Virologie - Parasitologie
Mycologie - Biologie de la Reproduction

Prélèvement du : 11/02/2020 à 08:17

Résultats édités le: 11/02/2020

Prescripteur: Docteur BIGA MOHAMED

MLLE IBN KHALDOUN FADWA

Dossier N° 17156

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANG
integra 400 plus

Valeurs de référence

FERRITINÉMIE : 9,44 ng/ml (*) 15,00 à 200,00 ng/ml

Antécédent du 16/03/19 - 08:21 : 7,52 ng/ml

HORMONES SANG
(b sur Automate VIDAS)

Valeurs de référence

TSH ultrasensible

Technique: Vidas Biomérieux

Résultat: 1,73 µUI/ml

Antécédent du 16/03/19 - 08:21 : 3,57 µUI/ml

Interprétation

| | |
|--------------------|--|
| 1 - 4 jours | : 1,0 à 38,9 µUI/ml |
| 2 semaines - 2 ans | : 0,8 à 9,1 µUI/ml |
| 2 ans - 20 ans | : 0,7 à 5,7 µUI/ml |
| 21 ans | <ul style="list-style-type: none"> - Euthyroidie : 0,25 à 5 µUI/ml - hyperthyroidie: < 0,15 µUI/ml - Hypothyroidie : > 7 µUI/ml |

VITAMINES D : D2 + D3

Technique: Vidas Biomérieux

Résultat: < 8,10 ng/ml

(*)

30,00 à 80,00 ng/ml

Déficient < 20,0 ng/ml

Insuffisant 20-29 ng/ml

Suffisant 30-100 ng/ml

Toxicité potentielle > 100,0 ng/ml

L'LABORATOIRE
CENTRAL
D'ANALYSES MEDICALES
Docteur JAZOULI Mohammed Jalal
N° 8.9 Immeuble saroure avenue cheikh-saadi talborjte, Agadir - Tél : 05 28 84 84 68 Gsm : 06 66 11 11 19
E-mail : labocentral1@gmail.com - ICE : 000506403000045 - IF : 80315294 - TP : 48315109 - CNSS : 5446621

Tournez la page SVP

La Qualité est notre souci permanent

Biologiste

Total de pages: 1