

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

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

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



24444
Déclaration de Maladie

Nº P19- 065236

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3002

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hnia Bouazzza Ké

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-065236

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	Coefficient des travaux
	D 00000000	B 00000000	
	35533411	11433553	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			Montants des soins
			Date du devis
			Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 courant 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.

Sur 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 est proposé 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 enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes aboxs 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 évenir 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.

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



MUPRAS

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

FEUILLE DE SOINS 863003

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom :

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *El bethal - Hania* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *dimanche + Hania* *Residence Champs Elysées*

Nature de la maladie :

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

A le *15/09/96* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

863003



Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
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
11/06/06		1	1500 H	Dr ZBIR Maison Blanche Immeuble 100 Résidence 100 Santé 05 21 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FEDDAN EL KHEIR Dr. Dounia KOUKAB G.H. Feddan El Kheir Km 13 Route Prince Moulay Hassan, N° 1 de Rabat Sidi Benoussi - CASA T. +212 32 62 44	17/02/2020	7.16,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE BORJ EL BERNOUSSI Dr. Abdelladjim TAKI IMRAÏD Radiologue et Radiologue 612, Bd. Souhaib Arnoumi Sidi El Bernoussi - CASABLANCA - Tél: 05 22 73 32 49 - Fax: 05 22 75 79 84</p> <p>INPE 3 30 Dhs 097163075</p>	20/12/2011		159,120 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



El Bettah Hm

17.08.2008

Agout 2

5u30

SV

SV

+ Brain (un) 30

30

le matin

a je

SV

28,00 x 6

- Gliophleb

100 x 2

mm

de 03

76,00 x 3

- LODOZ

SV

87,90

- Paine x

SV

716,20

100

Dr ZBIRI Fatima
Medecine Générale
Immeuble 2 Zone D
Résidence Chabab 4th floor
Route Principale N 1000
Sidi Bennouzi - CASA
G 73 52 00

Pharmacie F. EL DDAWI EL SHEIKH

G.H. Fouad El Kher Km 13
Route Principale N 1000
Sidi Bennouzi - CASA
G 73 52 00

Résidence Chabab Im 8, N° 2, Zone D, AIN SEBAA - Casablanca
Tel. : 05 22 74 69 36

LOT 191700
EXP 11/2022
PPV 28.00DH



6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 76,00 DH

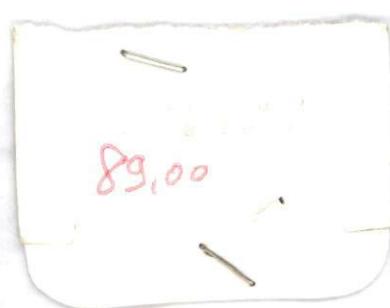
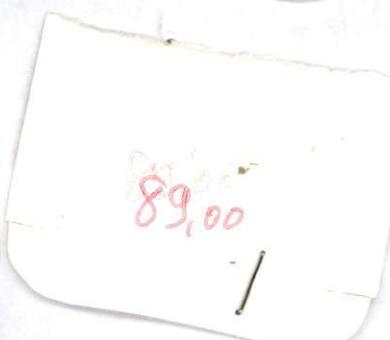
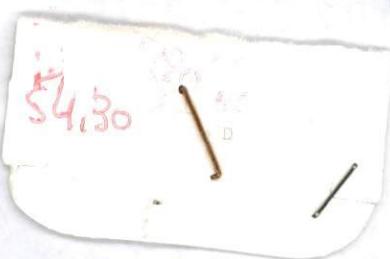
10/2023
264725

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 76,00 DH

10/2023
264725

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30
PPV : 76,00 DH

10/2023
264725



Docteur A. TAKI IMRANI : Pharmacien Biogiste, Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles.
Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie.

Date du prélèvement : 17-02-2020 à 09:00

Code patient : 1911130033

Né(e) le : 01-01-1954 (66 ans)

Édité le : 17-02-2020

Mme EL BETTAH Hnia

Dossier N° : 2002170012

Prescripteur :



BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20(THERMO)/ HLC-723 GX (Tosoh)

13-11-2019

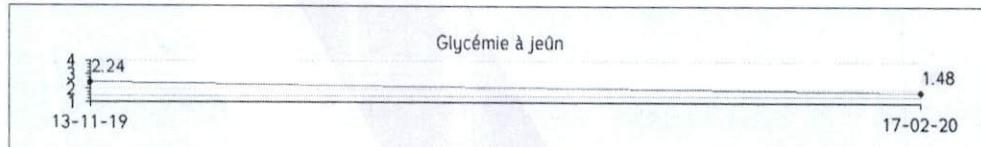
2.24

Glycémie à jeûn

(Technique enzymatique au glucose oxydase)

1.48 g/L
8.21 mmol/L

(0.70-1.10)
(3.89-6.11)



13-11-2019

9.2

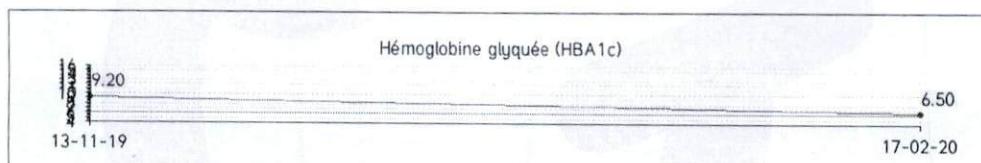
Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(HPLC -723 GX)

6.5 %

Interprétation:

- | | |
|-----|---------------------------|
| 4-6 | Non diabétique |
| 6-8 | Métabolisme équilibré |
| > 8 | Métabolisme non équilibré |



Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI

LABORATOIRE BORJ EL BERNOUSSI
Dr. Abdeladim TAKI IMRANI
Pharmacien Biogiste
612, Bd. Souhaïb Arroumi - Sidi El Bernoussi
- CASABLANCA -
Tél: 022 73 32 49 - Fax: 022 75 79 84

Laboratoire BORJ EL BERNOUSSI d'Analyses Médicales

DOCTEUR Abdeladim TAKI IMRANI : Pharmacien Biologiste, Diplomé de l'Université libre de Bruxelles
BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - VIROLOGIE

612, Bd Souhaib Aroumi - Sidi EL Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84
ICE : 001626088000055 - R.C. CASA : 360178 - PATENTE : 316384432 - C.N.S.S : 2928309
I.Fiscal : 36000150 - INPE : 097163075

FACTURE N° : 200001039

CASABLANCA le 17-02-2020

Mme EL BETTAH Hnia

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
	Glycémie à jeun	B30	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 194.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-quatorze dirham vingt centimes.

LABORATOIRE BORJ EL BERNOUSSI
Dr. Abdeladim TAKI IMRANI
Pharmacien Biologiste
612, Bd Souhaib Aroumi Sidi El Bernoussi
- CASABLANCA -
Tél: 05 22 73 32 49 - Fax: 05 22 75 79 84

DR. ZBIRI FATIMA

Medecine Générale

ECHOGRAPHIE



د. ازبيري فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

17.07.66

Bettah - Hme

GAT

HBIG

LABORATOIRE BORJ EL BENOUISSI
Dr. Abdelladim TAKI IMRANI
Pharmacien Biologiste
612 Bd. Souhaib Aroumi Sidi El Benoussi
Tél: 05 22 73 32 49 - Fax: 05 22 75 79 84
- CASA BLANCA -

Dr ZBIRI Fatima
Médecine Générale
Imm 8 N° 2 Zone D
Résidence Chabab Aïn Sebaa
Casablanca
Tél: 05 22 74 69 36

Résidence Chabab Imm 8, N° 2, Zone D, AÏN SEBAA - Casablanca
Tel. : 05 22 74 69 36