

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Declaration de Maladie

N° W19-480237

C

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boufaki Mohamed

Date de naissance : 01/01/1968

Adresse : habituelle

Tél : 066819769 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/06

Nom et prénom du malade : Boufaki Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : pathologie rénale

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-480237

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


Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



# 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
30/06/2020		2	180,00	
18/07/2020		5	188,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFA - 1.3.5 Rue Wia Abou Medi - BERRECHID - Tel: 0522 33 64 01	30/06/20	322,60
Pharmacie ALFA - 1.3.5 Rue Wia Abou Medi - BERRECHID - Tel: 0522 33 64 01	18/07/20	188,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie ALFA - 1.3.5 Rue Wia Abou Medi - BERRECHID - Tel: 0522 33 64 01	01/07/20	3,158	248,12
		INP 1.06.3.000.109	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

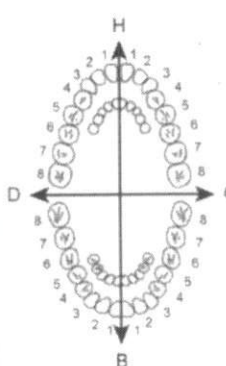
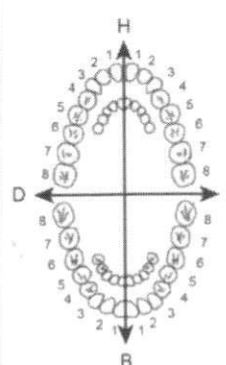
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

30/06/2020

Bonhyfid Fadila

112,00

1/ Oxiglor 200 (1/20)

(S.V)

60,40

2/ Dindas 100

(S.V)

59,30

3/ Breni 9 (1/20)

(S.V)

45,00

4/ Naopa 100

(S.V)

45,90

1/ Komedak 100

(S.V)

322,60

Dr. TAIB Karima  
OMNIPRATICIENNE  
70, Bd. Hassan II Tisser I - Berrechid  
Tel.: 0522 32 89 29

Pharmacie ALAFAD  
1,3,5 Rue Iliad Abou Madi  
- BERRECHID -  
Tel.: 0522 93 64 01

**Prazol**<sup>®</sup>  
oméprazole  
Plus de 15 ans de confiance

18/07/2020

94,60 x 2

Migam


fer



M/ Jett Luro.

188,00

Dr. TAIB Karima  
OMNIPRATICIENNE  
70. Bd. Hassan II Tassir I - Berrechid  
Tel.: 0522 32 89 29

 Pharmacie ALAFAN  
1.3.5 Rue Ila Abou Madi  
- BERRECHID -  
Tel.: 0522 33 64 01



**OXIFLOR® 200 mg**

**20** comprimés

**Di-INDO® 100 mg** 10 suppositoires

PPV 112DH00

EXP 05/2022  
LOT 93019 1

PPV 60DH40

EXP 10/2022  
LOT 98027 3

\$9,30

LOT 19015  
PER 12/22  
PPV 59DH30

LOT : 19E001  
PER : 09 2022

NO-SPA FORTE 80MG  
CP B20

P.P.V : 45DH00



LOT : 1044  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 45 DH 90



Pharmacie ALAFIA  
135 Rue de la

bou Madi

Lot / Batch n° :

20002  
12/2022  
PPC : 94,00 DH

Exp. date :

/ Batch n° :

20002  
12/2022  
PPC : 94,00 DH

date :

64.01

# BILAN BIOLOGIQUE

## INFLAMMATION

- ☐ - CRP
- ☐ - VS 1<sup>ère</sup> heure et 2<sup>ème</sup> heure

## IONOGRAMME

- ☐ - Potassium, Sodium, Chlore
- ☐ - Réserve alcaline
- ☐ - Protides totaux

## BILAN LIPIDIQUE

- ☐ - Triglycérides
- ☐ - Cholestérol total
- ☐ - Cholestérol HDL
- ☐ - Cholestérol LDL

## BILAN HEPATIQUE

- ☐ - SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- ☐ - Gamma GT
- ☐ - Phosphatases alcalines

## BILAN URINAIRE

- ☐ - Protéinurie des 24 heures
- ☐ - ECBU
- ☐ - Lonogramme urinaire

## BILAN GLYCEMIQUE

- ☒ - Glycémie à jeun
- ☐ - Glycémie post prandiale
- ☒ - HbA<sub>1c</sub>

## DIVERS

- ☐ - Myoglobine
- ☐ - Troponine
- ☐ - Electrophorèse des protéines

## HEMOGRAMME =

(NUMERATION - FORMULE - SANGUINE)

- ☒ - Globules rouges - Hémoglobine
- ☒ - Hématocrite - Globules blancs ...
- ☒ - Plaquettes

## BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- ☐ - T3, T4, TSH

## BILAN DE LA COAGULATION

- ☐ - Taux de prothrombine
- ☐ - INR
- ☐ - TCA malade/TCA témoin
- ☐ - Fibrinogène

## BILAN DE LA FONCTION RENALE

- ☐ - Créatinine
- ☐ - Urée plasmatique

## EXPLORATION DE LA PROSTATE

- ☐ - PSA

## ENZYMES MUSCULAIRES

- ☐ - LDH
- ☐ - CPK
- ☐ - CPK - mb



ICE :001761756000030

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

INPE :063000509

Tel : 05.22.33.66.43 Fax : 05.22.33.66.42

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

***FACTURE : 71255***

**IB 14862 B**

**Nom et Prénom : Mme BOUHFID Fadila**

**Prescripteur :**

**Référence : 010720 034**

**Date : 01/07/2020**

**BILAN :**

NFS B 73 + GLY B 15 + HBA1 B 90 +

**MONTANT NET : 248,52 Dhs Soit 178 B**

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

*Deux cent quarante huit Dh et cinquante deux cts*

LABORATOIRE IBN SINA  
Bd, Mohammed V  
Tél 052 336643