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.

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

№ W19-410562 complement

N°D: 34936

☑ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

☑ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Charit Abdelghani

Date de naissance : 15-07-1967

Adresse : 56 hay messaoudia R 18 C/D Casa

Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 119,60 Dhs

MUPRAS 28 JUL. 2020 ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/20

Nom et prénom du malade : Elyas Limehouze Age: 20.9.77

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 pliconfidentiel 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 : Casa **Le :** 03 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre — تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle — توقيع و طابع التعاضدية

O.M.F.A.M
09 JUIN 2020
Arrivée Ain Sebaa

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : | | | | | | | | تاريخ الإيداع :

CNOPS صندوق

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مج رقم

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e) — خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Elyatime Handa — اسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 343334 — م الانخراط :

N° Immatriculation : 432824379 — م التسجيل :

N° CIN : BH387481 — م بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* — لاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ( ) زوج Enfant ( ) ابن

Adresse : 56, Layymessaoud a R18 c/à Casa — عنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1197,60 — بلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pieces jointes : 06 — دد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant — تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : — مستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : Handa Elyatime — لاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 20091972 — ريخ الازدياد :

N° CIN : | | | | | | | | — قم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ( ) ذكر F (X) أنثى — جنس :

Identification du médecin traitant — تعريف الطبيب المعالج

N° INP 0910490023 — رقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins — ع العلاجات

Maladie * ( ) مرض *

Maternité * ( ) أمومة *

Hospitalisation * ( ) أستشفاء *

Accident * ( ) حادث *

Pli confidentiel remis* : Oui Non — م تقديم الظرف المغلق * :

Date de grossesse : | | | | | | | | — اريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement : | | | | | | | | — تاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation : | | | | | | | | — اريخ الاستشفاء :

Date d'accident : | | | | | | | | — اريخ الحادث :

Causes : ..... — سباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portes ci avant.
Fait à : Casa — حرر بـ :
le : 04/07/2018 — في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assure (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je declare les informations ci dessus sinceres et veritable
Fait à : Casa — حرر بـ :
le : 03/07/2020 — في :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du praticien ou de l'établissement de soi
دكتور بلغيمي رشيد
Dr. BELGHIMI Rachid
Médecin Général

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case — أشطب الخانة

وصف العمليات المجزات
description des actes effectiés

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
03.7.20	C			120,00	دكتور بلغمي رشيد Dr. BELGHMI Rachid Médecin Généra.

CIM - 10			

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
03/07/2020	80,60 INP :	PHARMACIE DOUNIA MENEBHI NOUFISSA JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA PAT : 37417809 - TEL : 0522371... ICE : 001534607000...
	INP :	

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue c Biologiste
07.07.20	B 250			275 DH	BOUTAYEB KHAIR HOUDA Médecin Biologiste 6 Novembre 05 22
INP : 093061141					
INP :					
INP :					

عمليات المساعدين الطبيين
Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramed
INP :					
INP :					
INP :					

Laboratoire d'Analyses Médicales Labonil

مختبر النيل للتحليلات الطبية

FACTURE N° : 200003491

Casablanca le 04-07-2020

Code INPE : 093061141

Mme Houda EL YATIME

Demande N° 2007040017
Date de l'examen : 04-07-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	*Analyse*	*Val*	*Clefs*
0163	TSH	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 275.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante-quinze dirhams

LABONIL
Dr. BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D. Carré
TEL : 05 22 55 69 49 / 50

ع 6 نونبر و شارع رضا اكديرة (شارع النيل سابقا) الطابق الأول مقابل حمام الفن، ابن مسيك - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 55 69 49/50 - الفاكس 0808 32 28 98
438, Angle Bd. 6 Novembre et Bd Reda Guedira (Ex Nil), 1er étage (En face Hammam El Fenne) Ben M'Sick - Casablanca - Tél : 05 22 55 69 49/50 - Fax : 0
E-mail : labonilcasa@gmail.com - Patente N° : 37976748 - C.N.S.S. N° : 4075968 - IF : 15256180 - ICE : 000116293000076

Médicales LABONIL
Dr Houda BOUTAYEB KHAIR
Médecin Biologiste
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

للتحليلات الطبية
الدكتورة هدى بوطيب خير
طبيبة اختصاصية في التحليلات الطبية
خريجة كلية الطب الدار البيضاء

Prélèvement du : 04-07-2020
Code Patient : 1802030020
Date de naissance : 20-09-1977 (42 ans)

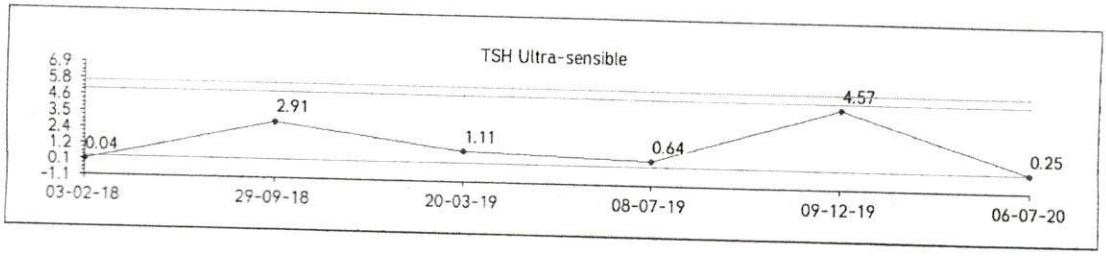
Mme Houda EL YATIME

N° du dossier : 2007040017
Médecin : Dr BELGHMI RACHID

HORMONOLOGIE

	Résultats	Valeurs de référence	Antécédents
TSH Ultra-sensible (Technique ECLIA - Roche Diagnostics Cobas)	**0.246** mUI/L	(0.250-5.600)	*09-12-2019* 4.573

- *Hyperthyroidie : TSH < à 0,15 mU/L*
- *Hypothyroidie : TSH > à 7,00 mU/L*
- *Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.*



Age	Valeur de référence
0 à 1 mois	0.70 à 18.10 mUI/L
1 à 12 mois	1.12 à 8.21 mUI/L
1 à 5 ans	0.80 à 6.25 mUI/L
6 à 10 ans	0.80 à 5.40 mUI/L
11 à 14 ans	0.70 à 4.61 mUI/L
15 à 18 ans	0.50 à 4.33 mUI/L
> à 19 ans	0,25 à 5,00 mUI/L
Femme enceinte 1er T	0,05 à 3.70 mUI/L
2éme T	0,31 à 4.35 mUI/L
3éme T	0.41 à 5.18 mUI/L

Demande validée biologiquement par : Dr HOUDA BOUTAYEB

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438,Bd 6 Novembre C D Casa
TEL : 05 22 55 69 49 / 50

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية
ORDONNANCE

Le 03.07.2020

1 Mme Handa Elyatime

Faire.

=> TSH us

دكتور بلغمي رشيد
Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

جميلة 4 زنقة 98 رقم 29 - سباتة - الدار البيضاء الهاتف: 58 09 30 63 06

1

SEPCEN 750 mg
10 Comprimés
6 118000 230199

LOT : 06019001
PER : 02-2022
PPV : 338,00 DH

2

Mobic® 15 mg
Meloxicam
14 comprimés sécables
6 118000 040569

3

Omiz 20mg
14 gélules
6 118000 092421

4

FENOGAL 200 mg
30 gélules
Remboursable AMO
6 118001 070695

LOT 19B20 1
EXP 02 2023
PPV 110.00 DH

5

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID: 584381
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID: 554726
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID: 584381
6 118001 140237

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية
ORDONNANCE

Le 03.07.2020

Mme Handa ELyatime.
33 ans

1/ Sepcen 750 mg
6 à 10 cp le matin

2/ Mobic 15 mg
1 cp/j.

3/ OMIZ 20 mg
1 gel/j

4/ Fenogal 200 mg
1 cp le soir

5/ DEROXAT 20 mg
1 cp le soir.
Lo (pdt 3 mois)

n° = 3

دكتور بلغمي رشيد
Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

جميلة 4 زنقة 98 رقم 29 - سباتة - الدار البيضاء الهاتف: 58 09 30 63 06