

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 : 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

N° W19-449208

ND 36990 C

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELMOUMINI Rachida

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse : N° 3 Rue Chaouach Hay Almorustabhal Oujda

Tél. : 0666788634 Total des frais engagés : 1288,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZAHRAOUI Oumeha
CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA

Date de consultation : 24/06/2020

Nom et prénom du malade : Abdelmoumini Rachida Age : 64

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HDP, Douleur articulaire

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 : Oujda

Le : 10/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-449208

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 : 3550

Nom de l'adhérent(e) : ABDELMOUMINI

Total des frais engagés : 1288,50

Date de dépôt : 10/08/2020

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
24/06/2020	CS	252,2000		INP : 089903055

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Redouane JELLOUL Pharmacie N°10, Hay Nahd 05 36 54 10 10 - OUF INPE 082074931	24/06/2020	558,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES 47 Bis, AV. Nations Unies - Ouf Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 69 58	25/06/2020	B460	480,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien.	Date 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.

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 de l'OOF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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>			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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Dr.ZAHRAOUI Oukacha

دكتور زهراوي عكاشة

Chirurgien
Spécialiste en Chirurgie Générale
Coelio-Chirurgie
Echographie



طبيب جراح
اختصاصي في الجراحة العامة
الجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى

Ordonnance

Oujda, le : 24/06/2020

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

7 - ABDELGOUNI Dalila

- Co-aprovel 150/12,5

12430x3

- Cardensiel 1,25

2x77,80

558,50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PRV: 77,80 DH

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

صيدلية جلولي
PHARMACIE JELLOULI
Dr. Redouane JELLOULI
Rue Ahmed Mokhtari N°10, Hay Najd 1
Tél: 05 36 54 10 10 - OUJDA

Dr. ZAHRAOUI Oukacha
CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA

شارع الحسن الثاني طريق سيدي يحي - وجدة

BD.Hassan II, Route Sidi Yahya-oujda Tél : 05 36 50 27 10/11 - Fax : 05 36 50 27

LABORATOIRE AARAB ANALYSES MEDICALES

47 Bis, Avenue des Nations Unies - Oujda

Tél. 05 36 68 10 26 Fax. 05 36 68 65 56 Email: laboratoire.aarab@gmail.com

INPE: 083060442 T.P: 10702807 I.F: 35805660 CNSS: 8074172 ICE: 001668138000090

Assuré

Matricule

NC

Bénéficiaire

ABDELMOUMNI RACHIDA

Prise en charge N°

Prescripteur

ZAHRAOUI OUKACHA

FACTURE N° 97163

Facturé le : 25/06/2020

Analyses :

CRÉATININE	B 30
CHOLESTÉROL TOTAL	B 30
TRIGLYCÉRIDES	B 60
SODIUM	B 30
POTASSIUM	B 30
THYREOSTIMULINE (TSH)	B 250
VITESSE DE SÉDIMENTATION	B 30

Total analyses : 480,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements : 0,00 Dh

Total <>

460

Soit un montant total :

480,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

LABORATOIRE AARAB
ANALYSES MEDICALES
47 Bis, AV. Nations Unies - Oujda
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56

Dr. Oukacha

Chirurgien
Spécialiste en Chirurgie Générale
Coelio-Chirurgie
Echographie



IBN SINA
CLINIQUE

أوي عكاشة

طبيب جراح
اختصاصي في الجراحة العامة
الجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى

Ordonnance

Oujda, le : 24/6/2020

M^{re} ABDEL JOURANI - Paulida

Faire BP :

- TSH_u
- calcémie
- Bêta₂, protéine
- CT, TG
- VS

LABORATOIRE AARAB
ANALYSES MEDICALES
47 Bis, AV. Nations Unies - Oujda
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 63 36

Dr ZAHRAOUI Oukacha
CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA

شارع الحسن الثاني طريق سيدي يحيى - وجدة

BD.Hassan II, Route Sidi Yahya-oujda Tél : 05 36 50 27 10/11 - Fax : 05 36 50 27 01



Labo Aarab

LABORATOIRE AARAB

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Dr. Hamid AARAB

Biologiste Médical

Préscripteur : ZAHRAOUI OUKACHA



083060442

MME/MLE ABDELMOUMNI RACHIDA

Prélèvement à : ::

Dossier N° : 0062598176

du : 25/06/2020

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse NC

HEMATOLOGIE

Vitesse de sédimentation (lecture optique)

VS 1ère heure	40	mm VR: H:1/2 l'âge F:1/2 âge+ 10
VS 2ème heure	90	mm

BIOCHIMIE

CREATININE	12,20 *	mg/l	(6 à 12)
	108	μmol/l	(53 - 107)

CHOLESTEROL TOTAL	1,80	g/l	
	4,64	mmol/l	

Valeurs pour adulte:

< 2g/l

2 - 2.39 g/l

>ou= 2.4 g/l

Niveau de risque cardiovasculaire(NCEP ATP III)

Désirable/Normal

Limite/Elevé

Elevé

TRIGLYCERIDES	0,97	g/l	(< à 1.5)
	1,11	mmol/l	

Valeurs pour adulte:

< 1.5 g/l

1.55 - 1.99 g/l

2.00-4.99 g/l

>ou=5.00 g/l

Niveau de risque cardiovasculaire(NCEP ATP III)

Normal

Limite/Elevé

Elevé

Très élevé

SODIUM(Na+)	139,0	mmol/l	(135 à 145)
-------------	-------	--------	-------------

POTASSIUM(K+)	4,90	mmol/l	(3.5 à 5.0)
---------------	------	--------	-------------

HORMONOLOGIE

Hormonologie sanguine

THYREOSTIMULINE HYPOPHYSIAIRE US TSH ULTRA SENSIBLE	3,700	μUI/ml	(0.25 à 5.0)
--	-------	--------	--------------

Electrochimiluminescence ECLIA-Roche

0062598176

Dr Hamid AARAB
BIOLOGISTE
Tél: 06 61 15 20 07