

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-449208

N° 36990 C

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3550*

Société : *Royalair Maroc*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ABDELMOURADI Rachida*

Date de naissance : *06/03/56*

Adresse : *N° 3 Rue Chouaib Hay Almoustakbal Casabla*

Tél. : *0666788634*

Total des frais engagés : *1288,50* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/06/2020*

Nom et prénom du malade : *Allal Ben Abdellah*

Age : *64*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *HDP, douleur osteoarthritis*

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 : *06/06/2020*

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

Le : *10/08/2020*

VOLET ADHÉRENT

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) : *ABDELMOURADI*

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/01/2020 | CS | 252,000Dhs | | INP : 08936345 ZAHRAOUI CHIRURGIEN Ibn Sina |
| | | | | |

DR ZAHRAOUI CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr. Redouane JELLOU nmed Mokhtar n°10, Hay Haïd 05 36 54 10 10 - Oujda INPE 082074931 | 24/06/2020 | 558,50 |

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-------------------|------------------------------|------------------------|
| <i>LABORATOIRE AV. ANALYSES MEDICALES 47 Bis, AV. Nations Unies - Ouest Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 98</i> | <i>25/06/2000</i> | <i>SL.60</i> | <i>480,00 DHS</i> |

Cachet et signature du baron pain et du Radigier

ata

Signation des efficients

**Montant
des Honoraires**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

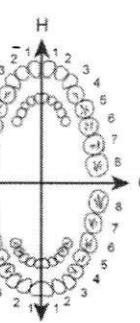
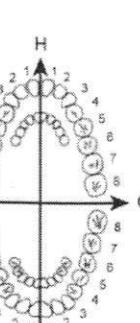
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <input checked="" type="checkbox"/> 00000000 00000000 | | G | | 35533411 | 11433553 | B | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.ZAHRAOUI Oukacha

Chirurgien
Spécialiste en Chirurgie Générale
Coelio-Chirurgie
Echographie



دكتور زهراوي عكاشه

طبيب جراح

اختصاصي في الجراحة العامة
الجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى

Ordonnance

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

Oujda, le : 24/06/2022

7-ABDEIGOURNI DAI/26

- CoAprovel 150/12,5

1243x3 M.J.

- Cardensiel® 1,25

2x77,8 M.J.

G: 558,50

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain seba 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 seba 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
PPV: 77,80 DH

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

Dr ZAHRAOUI Oukacha
CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA

شارع الحسن الثاني طريق سidi يحي - وجدة

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

LABORATOIRE AARAB ANALYSES MÉDICALES

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

Bénéficiaire

ABDELMOUMNI RACHIDA

Prise en charge N°

NC

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



Dr ZAHRAOUI Oukacha

Chirurgien
Spécialiste en Chirurgie Générale
Coelio-Chirurgie
Echographie



اوي عكاشة

طبيب جراح

اختصاصي في الجراحة العامة

الجراحة بالمنظار

الفحص بالصدى

Ordonnance

Oujda, le : 24/6/2020

Dr ABDEL ROUMNI - Rabat

Faire faire :

- TSHs
- CRP
- RBC, Hb, protidines
- CT, Tg
- VS

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

Dr ZAHRAOUI Oukacha
CHIRURGIEN
Clinique IBN SINA

شارع الحسن الثاني طريق سidi يحي - وجدة

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

Préscripteur : ZAHRAOUI OUKACHA



MME/MLE ABDELMOUNI RACHIDA

Prélèvé 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 108 µmol/l | (6 à 12) (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 1,11 mmol/l | (< à 1.5) |
|---------------|-------------|--------------------|-----------|

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 HYPOPHYSAIRE US | 3,700 | µUI/ml | (0.25 à 5.0) |
|---------------------------------|--------------|--------|--------------|

TSH ULTRA SENSIBLE

Electrochimiluminescence ECLIA-Roche

0062598176
 Dr Hamid AARAB
 BIOLOGISTE
 Tél: 06 61 45 20 07