

RÉCOMMANDATIONS 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

- 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

N° W19-463495

47474

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11053 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SAHBAI KITAH

Date de naissance : 18.12.68 CABA 16 NOV. 2020

Adresse : Lot 314 L'orange Boulevard

Tél : 066538767 Total des frais engagés : Dhs

ACCUEIL SIEGE RAM

Cadre réservé au Médecin

DE ABDELMOUMENE SAMIR
GÉNÉRALISTE ASSERMENTÉ
122, BD. DAKHLA JAMILA 5
CITE JEMAA - CASABLANCA
TEL. 022 37 59 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/9/20

Nom et prénom du malade : CH BAKH Hakima

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

Nature de la maladie : Asthme

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.

ACCUEIL

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 : / /

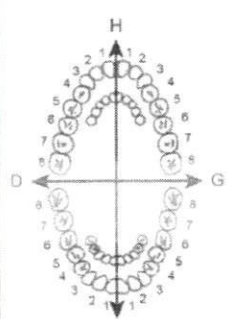
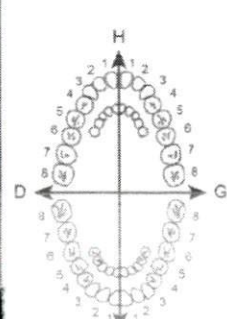
Signature de l'adhérent(e) :

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
9/2/2016	Q1	1	1500	

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'COF.																		
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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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. Abdelmoumene SAMIR

Médecine Générale

Diplôme d'Echographie

Expert assermenté

122, Bd. Dakhla, Jamila 5

Cité Jemaa - Casablanca

Tél.: 05 22 37 59 00

الدكتور عبد المومن سمير

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم

122 ، شارع الداخلة جميلة 5

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 37 59 00

Le : 4/9/2020

M^{me} CHBOK HaKma

2 rue fac.

- Hb A_{1c}
- Cholesterol Total
- 25 Hydroxy VF 3

Dr ABDELMOUMENE SAMIR
GENERALISTE ASSERMENTE
122, BD. DAKHLA JAMILA 5
CITE JEMAA - CASABLANCA
TEL. 022 37 59 00

vt + D = D-cure 100,000,000,000
25,000,000



مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr Zeineb Laalej
Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 07-09-2020 à 10:59
Code patient : 20090439
Né(e) le : 06-03-1980 (40 ans)

Mme CHBOUK Hakima
Dossier N° : 20090439
Prescripteur :



BIOCHIMIE SANGUINE

Hémoglobine glyquée (HbA1c)
(HPLC-723 GX TOSOH)

5.9 %

Variant Hb

Absence de variant d'hémoglobine

Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP:

- 4 - 6 % Intervalle non-diabétique. (Sujet normal)
- < 6,5 % Excellent équilibre glycémique (DNID)
- < 7 % Excellent équilibre glycémique (DID)
- 8 - 10 % Equilibre glycémique médiocre, action corrective suggérée
- > 10 % Mauvais équilibre glycémique, action corrective nécessaire

Cholestérol total

(Dosage Colorimétrique - Enzymatique)

1.92 g/l (<2.00)
4.95 mmol/L (<5.15)

25OH-Vitamine D total (D2+D3):

(Technique: ELFA Biomérieux)

24.4 ng/ml (30.0-100.0)
61 nmol/L (75-250)

Interprétation

- Valeurs souhaitables : 30 - 100 ng/ml (75-250nmol/L)
- Insuffisance..... : 10 - 29 ng/ml (25-75 nmol/L)
- Carence..... : < à 10 ng/ml (<25 nmol/L)
- Toxicité..... : > à 100 ng/ml (>250nmol/L)

Validé par : Dr. LAALEJ Zeineb

Laboratoire Bouskoura
d'Analyses Médicales
Imm Sali Maher, App N° 3 Bouskoura
Tel: 0522 01 22 01 / 06 62 78 71 87
ICE: 002133313000022