

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.

Antique:

- 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 AIC :

- 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 Altal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Altal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 12 - www.mupras.com



Ille de Prévoyance
Actions Sociales
Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº W19-485631

入54953

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadeau réservé à l'adhérent(e) : <u>2684</u>			
Matricule :	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Bou Cheikh Nouzha</u>			
Date de naissance : <u>20-08-54</u>			
Adresse : <u>26B Golf city Ville Verte -</u>			
Tél. : <u>0663117910</u>	Total des frais engagés : <u>250</u>		

Cadre réservé au Médecin	Dr. Fatima Zahra BAGBAOUI Médecin Généraliste Agréé pour La Délivrance des Permis de Conduire Tel: 05 22 59 09 59
Date de consultation : <u>10/04/2015</u> Nom et prénom du malade : <u>Bencherif Nouzha</u> Age : <u>1964</u> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>ASTHME</u> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>10 APR 2013</u> 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. 22

Fait à : LA > A

Signature de l'adhérent(e) :

1000

~~PROOF~~

~~VIOLET ADHEREN~~



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BIOANDALOUS Laboratoire d'analyses médicales Tél.: 0522 78 13 07	14/04/83	B630	700,00 Ft

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
		ODF PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1491 652 1699 941"> <tr> <td>H</td> <td>265334112</td> <td>21493553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>000000000</td> <td>000000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>000000000</td> <td>000000000</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>265334111</td> <td>21493553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	265334112	21493553	D	000000000	000000000	B	000000000	000000000	A	265334111	21493553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				H	265334112	21493553												
				D	000000000	000000000												
				B	000000000	000000000												
				A	265334111	21493553												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

Docteur
Fatima zahra RAGBAOUI



- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien médecin interne à l'hôpital Mohamed 5 Casablanca
- Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca en Diabétologie
- Médecin agréé pour délivrer des certificats médicaux afin d'obtenir les permis de conduire

Médecine Générale-Echographie Général - Électrocardiogramme (ECG)

دكتورة
فاطمة الزهراء رجباوي

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد الخامس بالدار البيضاء
- حاصلة على دبلوم راء السكري بكلية الدار البيضاء
- طبيبة مرخصة لدى وزارة الصحة من أجل اصدار شواهد طبية
- الحصول على رخصة السياقة
- الطب العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le: 14-4-2023 الدار البيضاء في :

Ordonnance

One Benc Beikh Noeghs

- Fertinogramme

- Serologie hydrat pure

- CRP -

- ACP + AST

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél: 0522 78 13 07



تجزئة ديار الاندلس III إقامة جاسمين عمارنة 3 شقة 5 بوسكورة - عمالة النواصر
Andalous III GH 11 Résidence jasmine Immeuble 3 Appt 5 Bouskoura Province Nouaceur
GSM : 07 66 35 77 74 - Fix : 05 22 59 09 59 - Email: cabinet.fragbaoui@gmail.com

FACTURE N° 1713/23

Médecin

Docteur RAGBAOUI FATIMA ZAHRA

Nom du patient

MME BENCHEIKH NOUZHA

Date de prélèvement

14/04/2023

Examens

- FERRI- HYDAs- CRP- GOT- GPT

Cotation

B 630

Montant

700,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **SEPT CENT DIRHAMS**

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07

RC: 490291 -- IF: 48585054 -- CNSS: 2428499 -- ICE: 002739846000044 -- INPE: 093063840



Prélèvement du : 14/04/2023 à 13:01

Résultats édités le: 18/04/2023



Prescripteur: Docteur RAGBAOUI FATIMA ZAHRA

MME BENCHEIKH NOUZHA

Dossier N° 22L108

Page: 2/3

SEROLOGIE INFECTIEUSE

ANTICORPS ANTI ECHINOCOCCUS (SEROLOGIE HYDATIQUE)

Résultat: 0,36

(Chimiluminescence (virclia))

<0.9 : négatif

0.9 - 1.1 : douteux

>1.1 : positif



Prélèvement du : 14/04/2023 à 13:01

Résultats édités le: 15/04/2023



Prescripteur: Docteur RAGBAOUI FATIMA ZAHRA

MME BENCHEIKH NOUZHA

Dossier N° 22L108

Page: 1/2

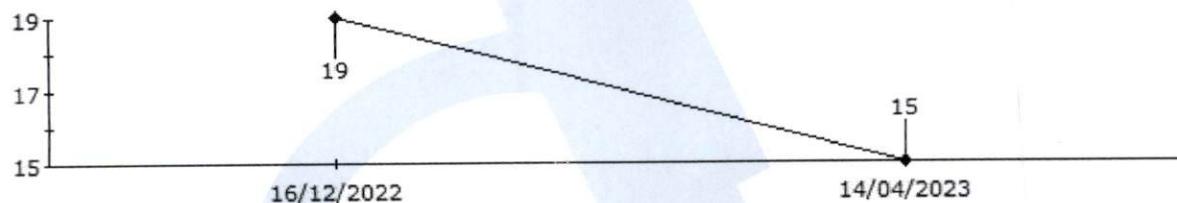
BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Automate INDIKO PLUS)

TRANSAMINASES ASAT/GOT 15 U/l 0 à 35 U/l

(Technique : Cinétique enzymatique à 37°)

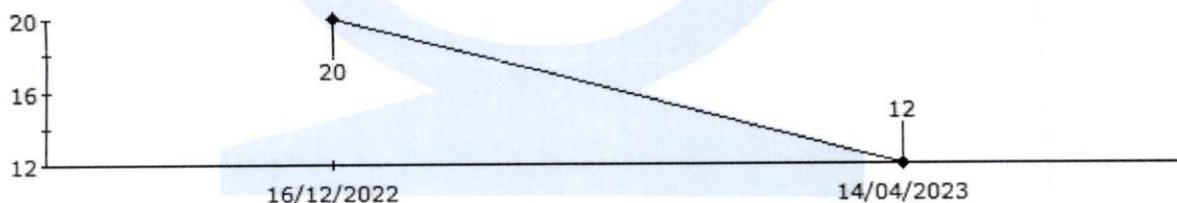
Antécédent du 16/12/22 - 11:54 : 19 U/1



TRANSAMINASES ALAT/GPT 12 U/l < 35 U/l

(Technique : Cinétique enzymatique à 37°)

Antécédent du 16/12/22 = 11:54 : 20 v/1



C- REACTIVE PROTEINE: CRP.....: 56,1 mg/l (*) < 5,00 mg/l

(Technique : Immunoturbidimétrie)

Antécédent du 08/12/22 = 12:23 : 105.2 mg/l



BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07



Prélèvement du : 14/04/2023 à 13:01

Résultats édités le: 15/04/2023



Prescripteur: Docteur RAGBAOUI FATIMA ZAHRA

MME BENCHIEKH NOUZHA

Dossier N° 22L108

Page: 2/2

SEROLOGIE INFECTIEUSE

ANTICORPS ANTI ECHINOCOCCUS (SEROLOGIE HYDATIQUE)

<0.9 : négatif

0.9 - 1.1 : douteux

>1.1 : positif

MARQUEURS PROTEIQUES

FERRITINE SERIQUE.....: 539,68 ng/ml

(Technique : ELFA - VIDAS Biomérieux)

Valeurs usuelles en ng/ml selon l'age:

femme<50ans: 10-160

femme en menopause: 25-280

Homme : 70-435

nouveau-né: 150-450

2-3mois: 80-500

4mois- 16 ans: 20-200

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07
Total de pages: 2