

## 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 Étage 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° W21-769616

17 2646

1-94  
L  
Radio

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10600 Société : RAY

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKHTAOUI Abdelhak

Date de naissance : 15.09.1965

Adresse : Hay Ngardi Rue 17 No 52 Oujda

Tél. : 0666790697

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr NOUALI Soukaina  
Médecin  
CHR ALFARABI - Oujda

Date de consultation : 14/06/2023

Nom et prénom du malade : Abdelhak BAKHTAOUI Age : 58 ans

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

Nature de la maladie : Malaise

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 : 14/06/2023

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
14/06/2023		C	40,00 DM	INP : 0212 93 402
		P=30672		

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
	14/06/2023	110/g = 30.672	180,00 DM
	14/06/2023	Blm/p = 30.672	142,10
	14/06/2023	3210	300,00 DM

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'ODF.																									
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION REGIONALE DE SANTÉ DE L'ORIENTAL  
DELEGATION PREFECTORALE DE SANTÉ D'OUJDA  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL  
HOPITAL AL FARABI

N° 397948

Prénom et Nom : BAKHIAOUI ABDLHAK

AGE	SERVICE	BILLET DE SALLE	SALLE	LIT	DATE
NATURE DU PRELEVEMENT		EXAMEN DEMANDE <u>NFS</u>	Signature du Médecin <u>Dr. Khattabi</u> Médecin Interne CHU AL FARABI-OUJDA		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : .....

REPONSE DU LABORATOIRE N° : ..... LE : 14-06-2023

Signature du Pharmacien Chef

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION REGIONALE DE SANTE DE L'ORIENTAL

DELEGATION PREFECTORALE DE SANTE D'OUIDJA

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL

HOPITAL AL FARABI

Prénom et Nom : BAKHITOM HOSSEIN

AGE	SERVICE	BILLET DE SALLE	SALLE	LIT	DATE

### NATURE DU PRELEVEMENT

## EXAMEN DEMANDE

**Signature du Médecin**

ionosphere  
hydrosphere

Signature du médecin

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

REPONSE DU LABORATOIRE N° :

LE) 14-06- 2020

**Signature du Pharmacien Chef**

ALPARABE



ROYAUME DU MAROC

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION REGIONALE DE SANTÉ DE L'ORIENTAL

DELEGATION PREFECTORALE DE SANTÉ D'OUDJA

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL

HOPITAL AL FARABI

N° 397949

Prénom et Nom :

BAKHAROU ABDI HAR

AGE	SERVICE	BILLET DE SALLE	SALLE	LIT	DATE
NATURE DU PRELEVEMENT		EXAMEN DEMANDE TP-TCK		Signature du Medecin Dr. Khelhaoui F.Z. Medecin Interne CHK AL FARABI OUDJA	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

REPONSE DU LABORATOIRE N° :

LE : 14-06-2023

Signature du Pharmacien Chef

TP = 100  
TCK = 26 / 26



## Facture Urgence

N° Quittance

30625

Code ANAM : 080004765

N° Compte Courant

Facture Numéro : 2 023 / P / 15 116

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE OUJDA

Identification	Débiteur
Index Patient : 31 457 N° Urgence : 14 204 Nom et prénom : ABDELHAK BAKHTAOUI CIN : F325260 Adresse : HAY NAGADI RUE 17 NR 52 OUJDA	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 14/06/2023 14:08:00

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
EXAMENS BIOCHIMIE							
Glycémie	B118	B	30,00	1,00	22,50	22,50	22,50
NUMÉRATION FORMULE(GLOBULES ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES)(NFS)	B216	B	80,00	1,00	60,00	60,00	60,00
TP-TAUX PROTHROMBINE	B236	B	40,00	1,00	30,00	30,00	30,00
TCK: TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	B239	B	40,00	1,00	30,00	30,00	30,00
Montant Total:							142,50

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT QUARANTE-DEUX DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 142,50 DHS

14/06/2023 15:06:38

Facture Etablie Par Personnel N° : LOUAIT

Signature du responsable :



Centre Hospitalier Régional AL FARABI  
DELEGATION PROVINCIALE OUJDA  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Données Patient

Nom  
1/15116

Sexe Date de Naissance

analyse réalisée par

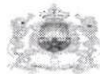
autres données

Type d'échantillon

SER

Date 14/06/20

Technique	Valeur	Unités	Rang Référence	Observat
GLUCOSE	1,04	g/L	0,7-1,1	



## Facture Urgence

N° Quittance

30672

Code ANAM : 080004765

N° Compte Courant

Facture Numéro : 2 023 / P / 15 112

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE OUJDA

Identification	Débiteur
Index Patient : 31 457 N° Urgence : 14 204 Nom et prénom : ABDELHAK BAKHTAOUI CIN : F325260 Adresse : HAY NAGADI RUE 17 NR 52 OUJDA	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 14/06/2023 14:08:00

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
RADIOLOGIE STANDARD							
RADIO DU THORAX	T205	Z	16,00	1,00	120,00	120,00	120,00
Montant Total:							160,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT SOIXANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 160,00 DHS

14/06/2023 14:14:11

Facture Etablie Par Personnel N° : LOUAIT

Signature du responsable :







## DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nom du malade : BAKHTAoui ABDELHAK Age : .....

N° d'entrée : .....

Renseignements cliniques : Tableau d'OAP

Nature d'examen RX. (localisation) : Rx thorax

Nature d'examen RX. (localisation) : .....

Médecin demandeur  
(Nom et Signature)

Date : 14-06-2023

N° d'examen : .....

Technicien : ..... Format (film) : .....

LE: 14-06-2023  
ACCORD DE RADIOLOGIE  
CHIRAL FARABI  
UNITE DE RADIOLOGIE  
CHIRAL FARABI  
Oujda

CHIRAL FARABI  
Oujda  
Dr. Khoufouchi F.Z.  
Médecin Interne





# مختبر الفارابي للتحليلات الطبية Laboratoire Al Farabi d'Analyses Médicales

Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Parasitologie  
**Dr Khalid HADDAR**  
Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Lyon (France)

205-14F23

Prélèvement du : 14/06/2023  
Résultats édités le: 14/06/2023

**MR BAKHTAOUI ABDELHAK**

Dossier N° 23F395

Page: 1/1

## -- MARQUEURS CARDIAQUES --

### TROPONINE I (TNHS)

Technique : ELFA VIDAS

Résultat: **18,5 ng/l**

D : Différence de concentration en troponine TNHS entre T2h et T0

1) Exclusion d'IDM :

Troponine TNHS à T0 < 2 ng/l

OU D (T2h - T0) < 10 ng/l

2) Inclusion d'IDM :

T0 >= 100 ng/l

D (T2h - T0) >= 10 ng/l

entre les 2 : zone d'observation

Total de pages: 1

**LABORATOIRE AL FARABI**  
Dr. HADDAR Khalid  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Rue Errazi N° 3 - OUJDA  
Tél. 05 36 68 58 10



مختبر الفارابي للتحليلات الطبية  
**Laboratoire Al Farabi d'Analyses Médicales**

Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Parasitologie

**Dr Khalid HADDAR**  
Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Lyon (France)



Oujda Le 14/06/2023

**Facture : F23/06-04992**

Nom du patient : **BAKHTAOUI ABDELHAK**

Examens : **TROPONINE**

Cotation : **B250**

Montant : **300.00 DHS**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Cent Dhs**

LABORATOIRE AL FARABI  
DR. HADDAR Khalid  
Pharmacien Biologiste  
Rue Errazi - Oujda  
TEL: 05 36 68 58 10



TOTAUX  
REPORTS

MINISTRE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE L'ORIENTALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL

AL-FARABI

1  
FACTURE

15 MG  
30675

QUITTANCE

Reçu de M

La somme de

Abdelhak Bakhtoui

Cent quarante Deux dh et 50cm

Nature da la recette

EX

Sommes

Cachet du Service

142,50  
Bilan

142,50

Total

142,50

Le 14/06/23

Signature Régisseur de Recettes

TOTAUX  
REPORTS

MINISTRE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE L'ORIENTALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL  
AL-FARABI

FACTURE 15112

QUITTANCE 30672

Reçu de M Abdelhak Bakhtadvi

La somme de cent soixante dh

Nature da la recette	EX	Sommes
160,00		160,00
Rx Thorax		
Total		160,00

Cachet du Service

Le 14/06/2023

Signature Régisseur de Recette