

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

- 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

M22-0050589

Coornier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H1R6H16985 Société : BOUCHAB

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ND

Nom & Prénom : BOUCHAB

Date de naissance : 06/02/1929

Adresse : 0662111929

Tél. : 0662111929 Total des frais engagés : 188383 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ismail M. AMOR TIJANI
Médecine générale
162. Lot Lahraichi, Bir Rami 2
Kénitra - Tél.: 05 34 23 09 21

Date de consultation : 31/10/2023

Nom et prénom du malade : AISS Age : 66

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : ALD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 DEC 2023

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 : ACCUEIL Le : 27 DEC 2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050589

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
31/10/23	G	#15		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
31/10/23	31/10/23	464,10
06/12/23	06/12/23	346,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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																					
			CCOEFFICIENT 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <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			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		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. Ismail Med. Amor TIJANI

OMNIPRATICIEN

162, Lot Lahraichi - Bir Rami
Kénitra

Tel: 05 34 28 09 21 / 06 70 44 73 40

الدكتور اسماعيل محمد عمور التجاني

الطب العام

162, تجزئة الحرايشي بئر الرامي
القنيطرة

الهاتف: 06 70 44 73 40 / 05 34 28 09 21

Kénitra, le 31/10/2023 في القنيطرة،

Pharmacie - Parapharmacie
1460 Bd Mohammed V - KENITRA
Tel: 0537374523
0537374523
0537374523

Dr. Ismail M. AMOR TIJANI
Médecine générale
162 Lot Lahraichi, Bir Rami 2
Kenitra - Tel.: 05 34 28 09 21

① Biofar

14/1

79100

② Levodopa

14/1

x6. 24140

6 mois

③ K.M. Mox

14/1

39100

④ Biperterax

14/1

x11. 16

⑤ D- Stress

14/1

89100

⑥ ALPRAZOL

14/1

Dr. Ismail M. AMOR TIJANI
Médecine générale
162 Lot Lahraichi, Bir Rami 2
Kenitra - Tel.: 05 34 28 09 21

46410

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

7862160342

Bipreterax®
 Arginine 5 mg/1,25 mg
 30 comprimés pelliculés

6 118000 100324

BIOFAR MULTI-VIT 12 MINÉRAUX CP B/30
 PPC : 79.00

Ut Av	Lot :
04/2026	31027

IPHADERM

92100

LOT: 220360
 04/01/2025
 39,00 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

7862160342

7862160342

7862160342

7862160342

7862160342

P.P.C : 89 DH
 Diluc: Lot :
 12/25 DS12/22

117120



مختبر ابن سينا للتحليلات الطبية Laboratoire Ibn Sina d'Analyses Médicales

Biochimie Clinique - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie
Parasitologie - Mycologie - Spermiologie

Dr. Kamal NAKARI

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales.

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.

DU Management de la Qualité en Biologie Médicale - Université de Bordeaux.

DU de Perfectionnement en Mycologie et Parasitologie - FMP Rabat.

د. كمال النقاري

اختصاصي في التحليلات الطبية

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Date du prélèvement : 18-12-2023 à 09:09

Code patient : 2102220036

Né(e) le : 05-11-1956 (67 ans)

Mme Hafida LASSAMI

Dossier N° : 2312180018

Prescripteur : Dr MOHAMED ISMAIL TIJANI
AMOR



BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

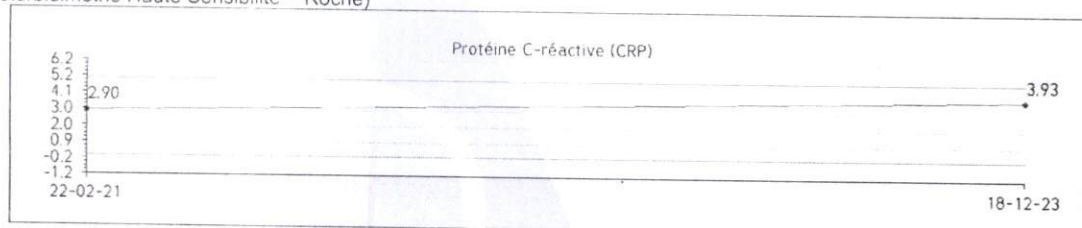
(Immunoturbidimétrie Haute Sensibilité - Roche)

3.93 mg/L

(<5.00)

22-02-2021

2.90



AUTO-IMMUNITE

Facteurs rhumatoïdes

(COBAS C 311)

7.0 UI/ml

(<10.0)

Validé par : Dr. Kamal NAKARI

LABORATOIRE IBN SINA D'ANALYSES MÉDICALES
Dr Kamal NAKARI
Biologiste
461 Angle Av. Mohamed V et Ibn Abi Zraa
Bureau N° 4, 1er étage Nakhela 3 - Kénitra
Tél.: 0537 32 79 24 - Fax : 05 37 32 79 29