

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040796

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Oulade O'Hamad
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Agé :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

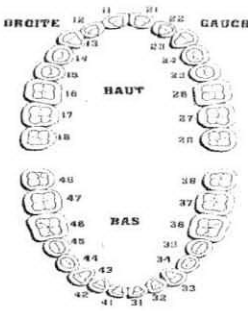
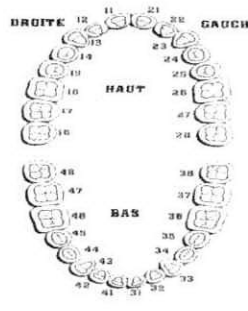
Déclaration de maladie N° P19- 040796


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 :

Comme

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES											
Le praticien est prie de presenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OD.											
SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient								
											
			Coefficient des								
			Montant des soins								
			Début d'exécution								
			Fin d'exécution								
O.D.F.	Détermination du coefficient masticaire		Coefficient des travaux								
	<table border="1"><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
	(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis								
			Fin de								
VOLET ADHERENT NOM: <u>OULADA M. HAMMED</u> Mle <u>191</u>											
DECLARATION N° <u>W16-055916</u>											
Date de Depot	Montant engagé	Nbre de piéces jointes									
	<u>837,40 DA</u>										
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle											

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916		DATE DE DEPOT/...../201...	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle	
Nom & Prénom <u>OULADA M. HAMMED</u>					
Fonction <u>Retraité</u>		Phones <u>0537205147</u>			
Mail					
MEDECIN		Prénom du patient <u>Oulada M. Hammed</u>			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age		Date	
Nature de la maladie				Date 1ère visite	
<u>Arthrite hanche gauche</u>				<u>23.7.19</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
<u>NON</u>					
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
<u>cm</u>		<u>1</u>		<u>180,80</u>	
PHARMACIE		Date <u>6/8/19</u>			
Montant de la facture		<u>312,80</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
<u>8160 8120</u>		<u>534,20</u>			
<u>8100 201</u>		<u>545</u>			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Nombre		Date			
AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires			
31 DEC. 2019					
ACCUEIL					

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada

le 6.7.19

42 x Inductan comprimé (Time-lot glule)

1 comprimé 2bis all leup fl' d'usage

46 x Stimul Bimfolebut

1 Bimfolebut

26/5 all leup d'usage

100 x Tecbut 250

1/5

39 x Mldactazue

1/25 1/0

116 x Coronat 250

13 x Levothyrox 50

صيدلية صومعة
Dr. Sawmaat Hassan
RABAT

312 80 1 4 1/2 a jour



DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
Tél. 40, Zankat Abdelmoumen
Rabat
Tél. 73.11.07 - RABAT

مختبر المستحضرات الصيدلانية



30 comprimés
enrobés
à 50 mg

ابروفان

LOT: M0136
EXP: FEV 2022
PPV: 66,80 DH

GRISEO® 125mg 30 comp

PPV 230H20

EXP 01/202
LOT 8N040



AZIX®

Azithromycine

500 mg
Voie orale

3 Comprimés
sécables



b

bottu^{1A}

82, Allée des Castagniers - Ain Sébâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé



79,70
PPV 79DH70
PER 07/22
LOT 11843



AMM N° 45 DMP/21/NRQ

AZIX®

Azithromycine

500 mg
Voie orale

3 Comprimés
sécables



b

bottu^{1A}

82, Allée des Castagniers - Ain Sébâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé



79,70
PPV 79DH70
PER 07/22
LOT 11843



AMM N° 45 DMP/21/NRQ

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT : 195
PER : SEP 2021
PPV : 80 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT : 195
PER : SEP 2021
PPV : 80 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT : 195
PER : SEP 2021
PPV : 80 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

Docteur S. OHAYON-APERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنفة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada H'hamid

23.2.19

glyceme - Hb glyco sfer

1040 gram sf.

LABORATOIRE DU DIAGNOSTIC
S. rue Hussein Ier
Tél. 05 37 72 66 93 / 73 05 09
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat
INP 103011921

DOCTEUR S. OHAYON-APERIAT
40, Zankat Abdelmoumen
Tél : 73.11.07 - RABAT



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUDA



5, Rue Hussein 1^{er} RABAT - Tél.: 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

I.F. : 34108750

I.N.P.: 103001921

C.N.S.S. : 145 4975

ICE : 001649487000043

Facture N° : **21909020059**

Edité le : 04/09/2019

Nom / prénom : **OULADA Mhamed**

Prélevé(e) le : 02/09/2019

Nom de l'assuré: **OULADA**

Numéro d'Adhérent 000191

Prénom Assuré:

Lien de parenté

Numéro Prise en Charge

FACTURE

Lbellé analyse	Libellé analyse
CALCIUM CREATININE HEMOGLOBINE GLYQUEE PROTIDES TOTAUX SODIUM	CHLORE GLYCEMIE POTASSIUM RESERVE ALCALINE UREE
Montant du prélèvement	25.00 Dh
Montant total du dossier	534.20 Dh
Montant dû par le patient	534.20 Dh
Montant déjà réglé	0.00 Dh
Montant reste dû	534.20 Dh

Cachet du laboratoire :

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1^{er}
Tél.: 03 37 72 66 93 / 73 05 09
Fax.: 03 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P 103001921



103001921

5, Rue Hussein 1^{er} RABAT - Tél. : 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

Prélevé le : 02/09/2019 Edité le : 03/09/2019
Dossier N° : 2190902-0059

Mr OULADA Mhamed

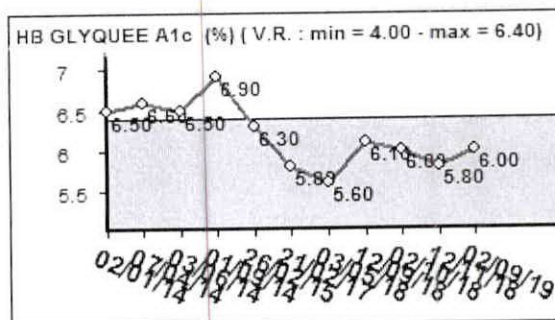
Patient né(e) le : 01/01/1932 Sexe: M

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE à jeun	1.05 g/l	(VR:0.74 à 1.10)	12/11/2018 : 1.18
Colorimétrie enzymatique à 37°C	5.8 mmol/l	(VR:4.1 à 6.1)	
HB GLYQUEE A1c	6.00 %	(VR:4.00 à 6.40)	12/11/2018 : 5.80

Protocole de standardisation toutes techniques CLHP recommandé par la DCCT.

4.0 - 6.4 : Zone normale
6.4 - 7.0 : Très bon équilibre chez un diabétique connu. Risque d'hypoglycémie chez l'insulino dépendant Diabète possible pour un patient non diagnostiqué
7.1 - 8.0 : Bon équilibre glycémique chez un diabétique Diagnostic sûr d'un diabète
> 8.1 : Mauvais équilibre glycémique



UREE	0.39 g/l	(VR:0.10 à 0.50)	12/11/2018 : 0.46
Colorimétrie enzymatique à 37°C	6.5 mmol/l	(VR:1.7 à 8.3)	
CREATININE	10.7 mg/l	(VR:7.0 à 12.0)	12/11/2018 : 12.4
Colorimétrie enzymatique à 37°C	95 µmol/l	(VR:62 à 106)	
SODIUM	139 mEq/l	(VR:135 à 145)	12/09/2018 : 139
Potentiométrie indirecte			
POTASSIUM	4.50 mEq/l	(VR:3.50 à 5.50)	12/09/2018 : 4.00
Potentiométrie indirecte			
CHLORE	106 mEq/l	(VR:94 à 108)	12/09/2018 : 103
Potentiométrie indirecte			
BICARBONATES	25.1 mEq/l	(VR:21.0 à 28.0)	12/09/2018 : 27.9
Enzymologie			
PROTIDES	68 g/l	(VR:60 à 80)	12/09/2018 : 71
Colorimétrie			

TSVP

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INPE : 107164048
Laboratoire du Maghreb



CALCIUM _____
Colorimétrie

92.80 mg/l
2.32 mmol/l

(VR:85.00 à 105.00)
(VR:2.13 à 2.63)

12/09/2018 : 93.60

RAPPORT COMPLET

Pr. ~~BENOUA~~ Amina
Médecin Biologiste
INPE: 07164048
Laboratoire du Maghreb

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

MR OULADA MHAMED

Le : 18/12/2019

FACTURE N°: 5559

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ALDACTAZINE COMPS/20	39,30		39,30
1	CORONAT.25MG COMPS.30	116,90		116,90
1	LEVOTHYROX 50µG COMPS.28	13,40	7	13,40
1	STIMOL AMP.BUV.20AMP	46,00	7	46,00
1	TECPRIL 2.5MG CP	50,00	7	50,00
1	TRIMEDAT GELULES 20	47,20	7	47,20

TVA 7%: 10,24

Total : 312,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TROIS CENT DOUZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50