

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0042949

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 1-7-51

Adresse : 128, Abdeli Breiba Tenanga

Tél. : 06 61 94 59 27

Total des frais engagés : 703,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2020

Nom et prénom du malade : EL HANI Fatima Age : 68

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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° P19-042949

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 : 2373

Nom de l'adhérent(e) : EL HANI

Total des frais engagés : 703,20

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
13/05/20		C	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/05/2020	73,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/05/20	B 246	330,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI

Ancien Médecin Endocrinologue
à l'hôpital Militaire Mohammed V de Rabat
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladie Métaboliques - Nutrition
Retards de croissance de l'enfant

الدكتورة نسيم اليغوبي

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التأخر في النمو - السمنة - الفحص بالصدى

Rabat, le 13/05/2020

EL HANI FATIMA

• Levothyrox 100 µg

1 comprimé, matin 30 MIN AVANT PETIT DÉJEUNER du
lundi au vendredi et un demi cp samedi et dimanche 3 MOIS

24,40x3

73,20

صيدلية الإرشاد
Pharmacie du Conseil
Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
23, Rue de Rabat - Témara
Tél.: 05 37 74 11 63

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

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

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

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Obésité - Nutrition
Maladies Métaboliques
Retards de Croissance de l'Enfant
Tél.: 05 37 67 08 82
INP : 10 116 73 17

Dr. Noussaima EL YAAGoubi

Ancien Médecin Endocrinologue
à l'hôpital Militaire Mohammed v de Rabat
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladie Métaboliques - Nutrition
Retards de croissance de l'enfant

الدكتورة نسيم اليغوبي

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التأخر في النمو - الفحص بالصدى

Rabat, le

EL HANI FATIMA

- CALCémie
- albuminémie
- Glycémie à jeûn
- TSH ultrasensible
- Acide Urique

LABORATOIRE AL MOHIT
d'Analyses Médicales
INPE: 103061024

Dr. Noussaima EL YAAGoubi
Spécialiste en Endocrinologie
Maladies Métaboliques - Nutrition
Retards de croissance de l'enfant
Tél: 05 37 67 09 62
INP: 10 116 73 77

Laboratoire ALMOHIT d'Analyses Médicales
57- Lot Al Mohit - Bd Hassan I- Hay Al Mansour Addahbi - Témara
Patente : 5653 IF:14430321 ICE:001719813000016 INPE : 103061024 TEL/FAX : 0537 613095

Temara le : 13/05/2020

Patient : **EL HANI FATIMA**
Facture N° : 1368/2020

FACTURE

Analyse	B	Montant en DH
THSu	149	200,00
Glycémie	22	30,00
Albumine	52	70,00
Acide urique	22	30,00
TOTAL	246	330,00

Arrêter la présente facture à la somme de :
trois cent trente DHs

LABORATOIRE AL MOHIT
d'Analyses Médicales
INPE:103061024



Prélèvement du : 13/05/2020



Edité le : 14/05/2020

6

Nom & Prénom : EL HANI FATIMA

Référence : 13MI20316

Prescripteur : Dr. NOUSSAIMA EL YAAGOUBI

BIOCHIMIE SANGUINE (cobas)

	Résultats	Valeurs usuelles
Calcium:	90,19 mg/l	86 - 100
Soit:	2,25 mmol/l	2,02 - 2,60
Albumine	41,09 g/l	38 - 51
Glycémie à jeûn:	0,99 g/l	0,70 - 1,10
Soit:	5,50 mmol/l	3,89 - 6,11
Acide urique	52,89 mg/l	24 - 57
Soit	314,82 µmol/l	140 - 340

HORMONOLOGIE

	Résultats	Valeurs usuelles
TSH ultrasensible :	0,46 µUI/ml	0,34 - 5,60
(ECLIA/Cobas 411)		

LABORATOIRE AL MOHIT
Analyses Médicales
Tél : 03061024