

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- 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

N° P19- 057396

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0208201

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAATOR AICHA Vve BENRAFAA A BDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60519941

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2020

Nom et prénom du malade : LAATOR AICHA Age : 60ans

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) :

(Signature)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/10/2020	CS +FCG		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/2020	280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/10/20	B 362 INP 063000105	495,08

AUXILIAIRES MEDICAUX

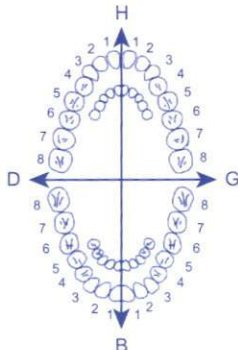
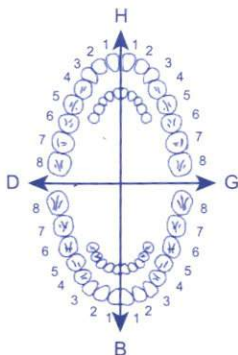
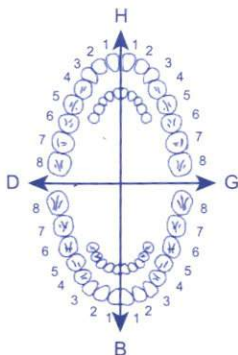
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>DG</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			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. Mourad FILALI-LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme de Cardiologie du Sport de la faculté de Médecine de PARIS
- Rythmologie
- Ancien praticien des Hôpitaux de France

د. مراد الفيلالي لمدري

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بنغازي
- دبلوم في الفحص بالصدى بكلية الطب بنغازي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا

Mme/Mr: LTA TOUN

Berrechid le : 08/11/2020

28.00
J Deephog (S.V) 1000
1/2 - 0 - 1/2

28.00

Docteur Mourad FILALI-LEMDERSI
Cardiologue
Angle Av Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Brrechid - Tél : 05 22 51 76 61
Tel : 05 22 51 76 61

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Brrechid - Tél : 05 22 51 76 61

E-mail : filali.cardiologie@gmail.com - GSM Urgence : 06 84 84 15 84

Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme de Cardiologie du Sport de la faculté de Médecine de PARIS
- Rythmologie
- Ancien praticien des Hôpitaux de France



د. مراد الفيلالي لمدرسى

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بنانسي
- دبلوم في الفحص بالصدى بكلية الطب بنانسي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا

Berrechid le : 28/10/2020

Mme/Mr : CNAOUM AICHA

Isa g puel -
free bonjour, well. h. m. m. m.
p. m. h. l. p. m. d. j. m.
C. C. P. l. - T. B. - V. R. c.

Docteur Mourad FILALI LEMDERSI
Cardiologue
Angle Av Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Brrechid - Tél : 05 22 51 76 61
Bd Mohamed V - BERRECHID
Tél : 05 22 51 76 61
IBN SINA
05 22 51 76 61

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Brrechid - Tél : 05 22 51 76 61
E-mail : filali.cardiologie@gmail.com - GSM Urgence : 06 84 84 15 84



Berrechid le : 30/10/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 30/10/2020

Medecin Dr. MOURAD FILALI LEMDERSI

Mme LAATOUR Aicha

IB 11150 B

RF: 301020008

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

UREE.....	0,28 g/l	(N : 0.15 à 0.45)
(Technique HITACHI 704)	Soit 4,65 mmol/l	(N : 2.5 à 7.5)
CREATININE.....	9,40 mg/l	(N : 5 à 12)
(Technique HITACHI 704)	Soit 82,72 µmol/l	
CHOLESTEROL HDL	0,59 g/l	(N : > 0.40)
(Technique HITACHI 704)		
TRIGLYCERIDES.....	1,18 g/l	(N : < 1.50)
(Technique HITACHI 704)	Soit 1,35 mmol/l	(N : < 1.70)
CHOLESTEROL LDL	1,49 g/l	(N : < 1.60)
	Soit 3,85 mmol/l	
H.B.A.1.C	8,1 %	
I.F.C.C	65 mmol/mol	
(Technique HPLC-723GX)		

INTERPRETATION

(Normale	:	3.9 à 6.5 %	-	19 à 48 mmol/mol)
(Diabète équilibré	:	6 à 7 %	-	42 à 53 mmol/mol)
(Diabète déséquilibré:	:	> 7 %	-	> 53 mmol/mol)

SODIUM..... 133,8 mEq/l (N : 135 à 145)
(Technique AVL 9180 ROCHE)

POTASSIUM..... 4,4 mEq/l (N : 3.6 à 5.1)
(Technique AVL 9180 ROCHE)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
Bd. Mohammed V - BERRECHID
Tél. : 05 22 33 66 43

Le Biologiste

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 72595

IB 11150 B

Nom et Prénom : Mme LAATOUR Aicha

Prescripteur : Dr. MOURAD FILALI LEMDERSI

Référence : 301020 008

Date : 30/10/2020

BILAN :

UREE B 22	+ CREA B 22	+ TRIG B 56	+ HDL2 B 56	+
LDLM B 56	+ HBA1 B 90	+ NA B 30	+ K B 30	+

MONTANT NET : 495,08 Dhs Soit 362 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre cent quatre-vingt quinze Dh et huit cts

IBN SINA
BERRECHID
05.22.33.66.43

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

LAATOUR

008

2020/10/30 12:26

TOSOH CORPORATION V01.10

NO: 0003 TB 0001 - 03

ID: 0001 - 03

CAL(N) = 1.0987X + 0.8074

TP 549

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.5	0.26	9.62
A1B	0.8	0.34	16.75
F	0.6	0.42	12.68
LA1C+	2.5	0.57	54.31
SA1C	8.1	0.63	142.38
AO	89.0	1.07	1899.59
TOTAL AREA			2135.34

HbA1c 8.1%

IFCC 65 mmol/mol

HbA1 9.4 % HbF 0.6 %
0% 15%

