

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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° W19-501202

47377

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3465 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KACHT YAMNA

Date de naissance :

Adresse : N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR

Tél. : 06 62 17 0748 Total des frais engagés : 1560,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 NOV 2020

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Co-traitant ☐ Autre ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : AGADIR

Le : 10 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-501202

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 : 3465
Nom de l'adhérent(e) : KACHT YAMNA
Total des frais engagés : 1560,1
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 22/10/20 | G.I.U. | | 300,00 | INP : 06 28 84 84 10 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. Salah Edouard
Cardiologue
Hassan II, Imm. Ina
AGADIR
Tél : 06 28 84 84 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie EL ANASSOUR Rue Abderrahmane el Azane Hay Essalam - AGADIR Tél : 05 28 23 56 70 | 22/10/20 | 1 260,10 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DR. ELALLALI ANALYSES MEDICALES Pharmacie Bnlogiste Tél: 06 28 84 33 84 / Fax: 06 28 87 87 88 E-mail: laboelallali@gmail.com | 24/10/20 | B.250 | 200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------------------------------|
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 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 <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="text"/> | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Salah Eddine RAQIM
Cardiologue

Diplômé d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne, Stress echo
Cardiologie Pédiatrique) à BORDEAUX
Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holter (tensionnel et rythmique)



الدكتور صلاح الدين رقيم

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
دبلوم تفحص بالصدى بيوردو وإيل
الفحص الألى للقلب و الشرابيين
أمراض القلب خلفية

AGADIR LE : 22/10/20

Kacht Yamma.

156,70 x 7



1) Hyzaar :

1cp / 7/6 jours

40,80 x 4



2) Algixem 300mg : 1 sup / 8
si Jour.

Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
Agadir

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av. Hassan II Imm. IFRANE 3
Tél / fax : 05 28 84 84 10

Pharmacie RAJAA
Dr. Belkacem EL MARZOUKI
N° 13 Rue Abdelrahmane Ben Zidane
Mey Essalam - AGADIR

INPE : 0420499733
INPE : 0420499733

Votre R.D.V le : موعديكم يوم

شارع الحسن الثاني إقامة إفران III - أكادير

Tél./Fax: 05 28 84 84 10

40,80

LOT: 01/0013
PER: 01/0015
PPV: 40.80 BH

40,80

LOT: 01/0013
PER: 01/0024
PPV: 40.80 BH

40,80

LOT: 01/0013
PER: 01/0024
PPV: 40.80 BH

40,80

LOT: 01/0013
PER: 01/0024
PPV: 40.80 BH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOT S019222 1

EXP 01 2022

PPV 156.70 DH

HYZAAR 50/12,5 mg

28 comprimés pelliculés



Remboursé



6 118000 290100

LABORATOIRE EL ALLALI ANALYSES MEDICALES

Dr MOHAMED AZIZ EL ALLALI

61 bis Rue de Marrakech

80020 AGADIR

Tél: 05.28.84.33.84 Fax: 05.28.82.87.58

I.C.E: 002 301 349 000 031 INPE: 043060623

I.F: 45 75 45 70

"FACTURE NO" : 2005434

ND:141020 003

NP:80415

Analyses effectuées le .. : 14/10/20

Pour : Mm KACHT YAMNA

Sur prescription du : Dr MOUSTADRAF ZOUHAIR

TSH TSH us

B 250

Total Prélèvements : 15,00

Total des B : 250

Total Dossier : 200,00 Dirhams

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MEDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 / Fax: 0528 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com



Laboratoire EL ALLALI

Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

مختبر التحليلات العلالية

الدكتور محمد عزيز العلالية

صيدلاني إحيائي - جامعة بروكسل - بلجيكا

شهادة جامعية - جودة - بورديو - فرنسا

الجودة صراع المستقبل
La qualité est le combat d'avenir

Vos résultats sur l'application :
"Labo EL ALLALI"



☎ 05 28 84 33 84
☎ 07 67 37 80 41

www.laboelallali.com
laboelallali@gmail.com

N° Dossier : 141020 003

Patient : Mme KACHT YAMNA

Sexe F DN: 01/01/1959 (61 ans) ND: 80415

Médecin : Dr. MOUSTADRAF ZOUHAIR
42

Prélèvement Effectué au laboratoire le 14/10/2020 à 07h39
Examens créés le 14/10/2020 à 07h39
Résultat Final édité le 14/10/2020 à 09h19

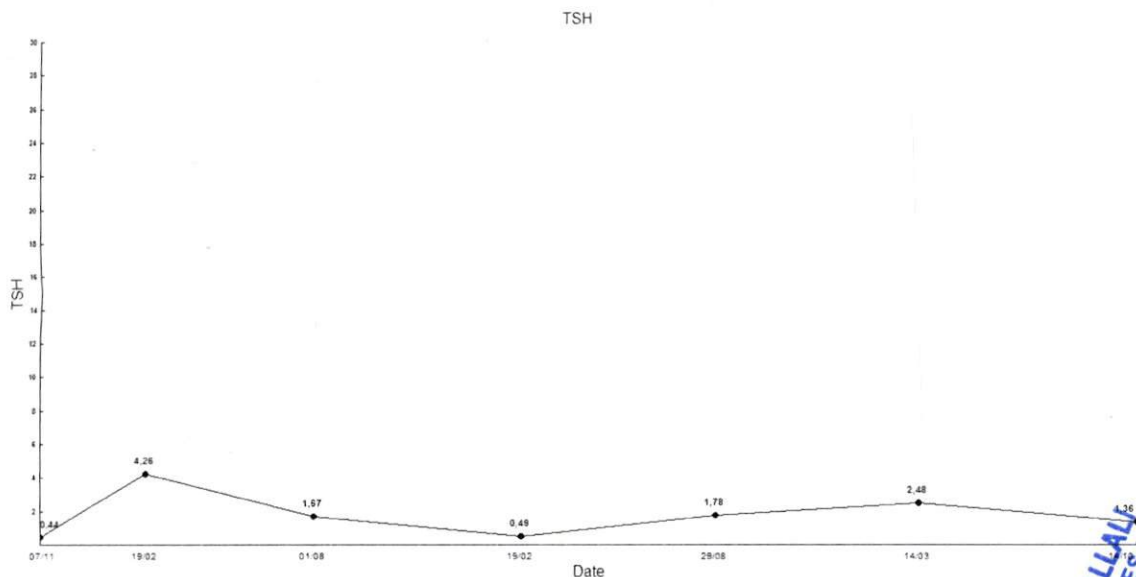
Page : 1 / 1

HORMONOLOGIE

TSHus

1,36 μ UI/ml N : 0.27 à 4.20 14/03/20 : 2.48

(Tech ECLIA/Roche Cobas e411)



Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE EL ALLALI
PHARMACIEN BIOMÉDICAL
Pharmacien Biologiste
Tel: 05 28 84 33 84 Fax: 05 28 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

Dr. M. A. EL ALLALI



Innomed Medical Inc.

Id. de patient: Auto 4586

Name:

Date: 22.10.2020

Jeudi

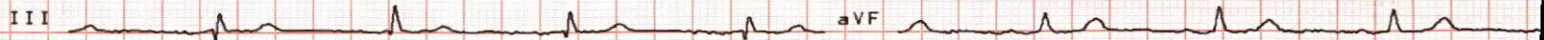
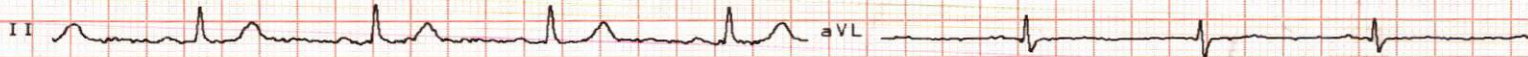
Heure: 08:49:39

Vitesse: 25mm/s

Sensib.: 10mm/mV

Filtre: Parasites + Réseaux

Filtre ligne de base: Oui



HS80G-L1

Version 1.838 C

HR 64

