

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

N° W19-499264

14889

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMALI Saïd

Date de naissance : 104 Bd Ghandi Hay BENSY Berrechid

Adresse : 01/05/1952

Tél. : 066455 9080

Total des frais engagés : C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2019

Nom et prénom du malade : AGAGOU FATIMA Age: 62

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

Nature de la maladie : Colique Nephrologie

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 31 DEC. 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
ACT 1	04/12/19	03	8002	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. Amel AYAD Spécialiste en Néphrologie 55 Louis Pasteur Ouled Hriz GSM : 0560 105 105
	09/12/19	06		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
A	09/12/19	535,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SR 12/12/19	05/12/19		250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

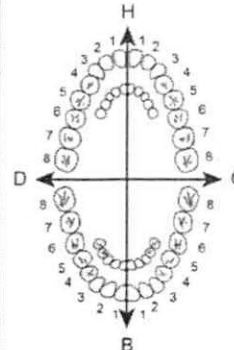
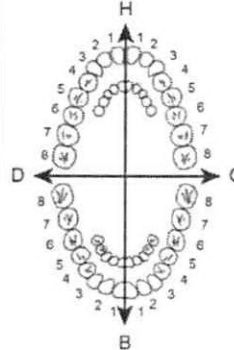
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OC

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 border="1"> <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 []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid le : 09/12/2019

M^{re} Agouane FATIMA

9880 x 3

1) Neofortan 160 mg Cp

99,00 + 140,00 1 Cp x 2 fois par 2 sem

2) Oedes 20 mg gélule

535,40

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
GSM : 0660.103.105

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2021
LOT 8N020 3

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2021
LOT 8N020 3

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2021
LOT 8N020 3

(S.V)

(S.V)

PHARMACIE AL MATAR
Dr. Ghendy - Berrechid
90, Bd. Ghendy - Berrechid
Tél/Fax: 05 22 53 42 33

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT: 181039 PER: 02-21
PPV: 140.00DH

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Spécialiste Dr. Amal AYAD
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
GSM : 0660.103.105

Lotissement Ouled Hriz N° 85 - Berrechid • برشيد - رقم 85 - تجزئة أولاد حريز

Tél. : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημεία - Ηématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -

Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 05/12/2019 à 10:28

Mme AJOUAOU Fatima

Edition du: 06/12/2019

Né(e) le: 01/01/1955

Dossier N°: 051219-065

CIN non présentée

Page: 1/2

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

C Réactive Protéine (CRP) : 17,10 mg/L (Inférieur à 6) 21,40 (22/10/19)
(Immunoturbidimétrique-AU 480)

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect	:	Clair	
pH	:	6,50	(5 - 7)
Glycosurie	:	Absence	
Protéinurie	:	Absence	
Corps cétoniques	:	Absence	
Sang	:	Absence	
Leucocyturie	:	Absence	
Nitrites Urinaires	:	Absence	
Bilirubine	:	Absence	

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Cellules épithéliales	:	Rares	
Leucocytes	:	1000 /mL	(Inférieur à 10000)
Soit	:	1 /mm3	(Inférieur à 10)
Hématies	:	0 /mL	(Inférieur à 10000)
Soit	:	0 /mm3	(Inférieur à 10)
Cristaux	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct	:	Négatif
Culture	:	Stérile

EXAMEN MYCOLOGIQUE

Examen direct	:	Négatif
Culture et Identification	:	Stérile

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Méd
Lot EL Youssef II N° 12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΧΗΜΕΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 05/12/2019 à 10:28
Edition du : 06/12/2019

Mme AJOUAOU Fatima

Né(e) le : 01/01/1955

Dossier N° : 051219-065

CIN non présentée

Page : 2/2

EXAMEN PARASITOLOGIQUE

Examen direct : Absence de Trichomonas vaginalis

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Mohamed
Lot EL Youssef II - 12 Berrechid

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid le : 04/12/2018

M^{me} AJOUAOU FATINA

FC84

CR2

8

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le.....

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 19-7764

Patient : Mme AJOUAOU Fatima

Edité le : 12/12/2019

Date prélèvement : 05/12/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
C Réactive Protéine (CRP)	100	100,00
EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES	150	150,00
Total B	250	250,00
APB	3,0	0,00
Majoration de garde		
Total		250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent cinquante dirhams***

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le... 12/12/19