

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Harbour
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-503645

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0854 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MABTE M HAMED
 Date de naissance : 01/01/65
 Adresse : N° 24 PASSAGE N° 1 HAY WAFIK
BERRECHID
 Tél. : 0666 13130 Total des frais engagés : 14 92,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 06 22 33 75 70
06 50 43 58 34

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 DEC. 2019
 Nom et prénom du malade : EL MABTE SOUHADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : DRD d'origine
 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 : NSK Le : 27/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-503645

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 :

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
31 DEC. 2019	C	1	1500	INPE: 061 062 402 Dr. ESSOUBI Abderrahim Omnipraticien 126, Bd Mohamed V Berrechid Tel: 08 22 33 75 70
02 JAN 2020	C	1	1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/2000	
	02/01/2001	

[illegible][illegible]

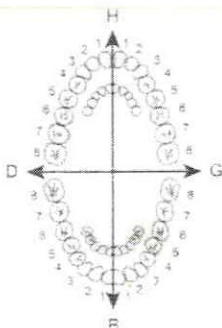
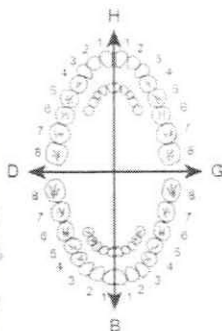
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>35533412</td> <td>21433553</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		35533412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	35533412	21433553																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] : Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 31 DEC. 2019

Nom :

Pds :

TA :

EL MRASTE
SOUHARER

LOT:19131 PER:10/2022
PPU: 21.00 DH

21,00

Libmax



PPV (DH) :

LOT N°:

UT. AV.

28,10

28,10

Spale



49,10

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Boulevard Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

صيدلية ساهم
Pharmacie Sitaam
27, Bd. des FAR Al Wahda
- BERRECHID -
Tél.: 0522 63 39 68

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف و فاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

Dr. Abderra

OMNIP
ECHOGRAPHI
INPE : 0

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacie Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

الدكتور عبد الرحيم السعيد

الطبيب العام
الفحص بالصدى

02 JAN. 2020

Nom : **EL MABTE**
Pds : **SOUHADIR**
TA :

TARDYFERON 80

$$40,50 \times 3 = 121,50$$

57,00

160,160

160,160

160,60



0 - 1 - 0
+ 3 min

diary n° 500

du 2^{ème} au 5^{ème}
de ppv

ESOL 20 (9/18/20)

1 - 0 - 1

+ Officiel

Admission
18/18 18/18

$$64,10 \times 2 = 128,20$$

PPV 64DH10

PPV 64DH10

LOT 97004 2
EXP 09/2021

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

METROZAL®
Métroazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

PPV : 32,50 DH

6 118000 190967

$32,50 \times 2 = 65,-$

METROZAL

500 (10/10)

CLARIL®
Cloxacilamine 500 mg
Boîte de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

$160,- \times 2 = 320,-$

CLARIL 500
(2 Boîtes de 1400)

S. 7

1.012,90

A. D. A
Après Repas + 14/10

A. D. A
Après Repas x 14/10

Pharmacie 131
M. A. J. U. E. D. T.
Pharm. CIENNIS
143, Lotissement "Maitre Berrechid"
Tel: 025 54 51 128
Dr. ESMAÛEL ABDERRAHIM
Bd. du 11 Novembre 1957
06 50 43 56 34

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 31 DEC. 2019

Nom : EL MRAÏTE
Pds : SOUHAILA
TA :

faire - nps
gros loup
Hélène

Dr. ESSOUBI
128, Bd Mohamed V Berrechid
Omnipraticien
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le.....

128, شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف و فاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser 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 : 19-8287

Patient : Mlle ELMRABTE Souhaila

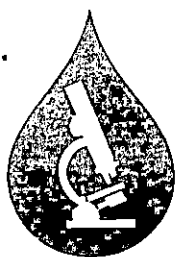
Edité le : 31/12/2019

Date prélèvement : 31/12/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80	80,00
Serologie Helicobacter pylori	200	200,00
Total B	280	280,00
APB	2,0	0,00
Majoration de garde		
Total		280,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent quatre-vingt dirhams***

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le... 31/12/19



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

ΒΧΤ.Θ.Ο ΟΖΖ.Ε ΗΞΤ.Λ.ΗΞΗ.ΕΕΞΘΘΞΞ.

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

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

Pvt du: 31/12/2019 à 10:27

Mlle EL MRABTE Souhaila

Edition du : 31/12/2019

Né(e) le : 02/09/1997

Dossier N° : 311219-093

Page : 1/1

HEMATOLOGIE (BC5380)

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

HEMATIES	:	3,85 M/mm ³	(4,2 - 5,7)
Hémoglobine	:	7,2 g/dL	(12,5 - 15,5)
Hématocrite	:	24,6 %	(36 - 46)
VGM	:	64 fL	(80 - 100)
TCMH	:	19 pg	(27 - 32)
CCMH	:	29 %	(30 - 35)
LEUCOCYTES	:	7740 /mm ³	(4000 - 10000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE :			
Polynucléaires Neutrophiles	:	54,7% Soit 4234/mm ³	(2000 - 7500)
Lymphocytes	:	37,1% Soit 2872/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	5,7% Soit 441/mm ³	(200 - 800)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,2% Soit 170,28/mm ³	(100 - 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0,3% Soit 23,22/mm ³	(Inférieur à 150)
PLAQUETTES	:	419 000 /mm ³	(150000 - 400000)

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Serologie Helicobacter pylori

Technique : ELFA : (Enzyme Fluorescent Assay) VIDAS

Index : 3,350

Interprétation :

- < 0.75 : Négative
- 0.75 - 1.0 : Equivocal
- > 1.0 : Positive

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