

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006004

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8582 Société : 56440
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAKKI AHMED
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : NAÏMA Age :
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06004

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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	Coefficient des																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																				
				Fin de																				

VOLET ADHERENT	NOM: <u>BAICH</u>	Mle <u>8522</u>
DECLARATION N°	W17-124988	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>213500</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-124988

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>8522</u>
Nom & Prénom <u>BAKKT AHMED</u>		
Fonction <u>Chef de service</u>	Phones <u>0240 2263 1900</u>	
Mail <u>bakkt@royalairmaroc.ma</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>ABDOL NARUA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>24 AOÛT 2020</u>
Nature de la maladie <u>de la denture</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <u>C1 + 2dys</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>300</u>
PHARMACIE	Date	PHARMACIE ITRY Ahmed AMAGOUR Docteur en Pharmacie 195, Riad Salam - AGADIR Tél: 05 28 28 51 43
Montant de la facture <u>466,60</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALE 20, Rue Tarboult Tél: 05 28 51 48 89
Désignation des Coefficients <u>B 1120</u>	Montant détaillé des Honoraires <u>1369,00</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX	Date	
AM	PC	IM
IV	Montant détaillé des Honoraires	



Doctev

BOUKAMI

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالبيضاء
الطب العام

الهاتف: ع: 0528.22.01.41

dir, le

24-8-20

أكادير في

CA AGRAS. NARWA.



Tardyferon 80
2 cplle 1 fois par jour



2 fois

21. 3 x 4

21 Lebrax 50



microgranules
gastro-
résistants
Par voie orale

LOT : M0348
PER : 04/2022
PPU : 99,00 DH

99. 3 x 2

31 Micro 40



Micro
gastro-
résistants
Par voie orale

LOT : M0348
PER : 04/2022
PPU : 99,00 DH

2 cplle 1 fois par jour

2260

22. 60

4 Spasfon Supr

PHA

Al

Doc

195,

Tél: 05 28 23 51 43

AGADIR

Asupre 2y 8 Zulem



466, 60

17 مدخل 1 - عمارة المستقبل - رياض السلام أكادير

N° 17 Entrée 1, Imm. AL MOSTAQBAL - Ryad Salam - Agadir

e-mail: drboukami@hotmail.fr

LOT:20030 PER:03/2023
PPV: 21.00 DH

LOT:20030 PER:03/2023
PPV: 21.00 DH

LOT:20030 PER:03/2023
PPV: 21.00 DH

LOT:20030 PER:03/2023
PPV: 21.00 DH

Fabrique sous licence Meda
Santitas Sterilham

Fabrin

er que sur or

DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

الطبيب العام

الهاتف: 0528220141

Agadir le 2...4...AOUT...2020..... الحادي في

Echographie abdominale

Identité : AGRAD naima

Indication : dl abdominale

Foie : de taille normale, d'écho structure homogène et de limites régulières.

Voie biliaire principale : de taille normale, perméable.

Vésicule biliaire : non lithiasique à paroi fine.

Rein droit et gauche : en place de taille normale avec bonne différenciation cortico-médullaire.

Pancréas et rate : ras.

Signé :



رقم 17 المدخل رقم 1 عمارة المستقبل رياض السلام الحاديير ر.بم. 80050
App.N°.17 entree 1Imm Almostaqbal Ryad assalam Agadir C.P. 80050

DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

الهاتف: 0528220141

Agadir le في أكادير

BILAN BIOLOGIQUE

HEMATOLOGIE

- ☒ NFS
- ☒ FERRITINE
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ PROCALCITONINE

GROUPAGE SANGUIN

- ☐ ABO rhesus
- ☐ DOSAGE des RAI

BILAN HEMOSTASE

- ☐ TCK
- ☐ TP
- ☐ FIBRINOGENE

BILAN GLYCEMIQUE

- ☐ GLYCEMIE
- ☐ GPP
- ☐ HBA1C

BILAN LIPIQUE

- ☒ Cholesterol
- ☒ HDL
- ☒ LDL
- ☒ Triglycerides

IONOGRAMME sg

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Mg++
- ☐ Ca++
- ☐ ACIDE URIQUE

BILAN RENAL

- ☐ UREE
- ☐ CREATININE
- ☐ CLAIRANCE CREA
- ☐ MICROALBUMINURIE 24h
- ☐ PROTEINURIE 24h

BILAN DES URINES

- ☐ ECBU

BILAN HEPATIQUE

- ☐ TRANSAMINASES
- ☐ GAMMA GT
- ☐ LIPASE
- ☐ PHOSPHATASE acide et alcaline
- ☐ BILIRUBINE libre / conjuguée
- ☐ ELECTROPHORESE protéines

BILAN HORMONAL

- ☐ FSH
- ☐ LH

BILAN DES SELLES

- ☐ COPROPARAZITOLOGIE

SEROLOGIE

- ☐ VDRL TPHA
- ☐ HEPATITE A
- ☐ HEPATITE B
- ☐ HEPATITE C
- ☐ HIV
- ☐ TOXOPLASMOSE
- ☐ RUBEOLE
- ☐ BHCG sg
- ☐ FACTEUR RHUMATOIDE
- ☐ AC anti -nucéaire natif
- ☐ AC anti DNA
- ☐ ASLO
- ☐ DOSAGE COMPLEMENT
- ☐ IGE TOTALES

BILAN THYROIDIEN

- ☒ TSH
- ☒ T4
- ☐ AC antithyroid

MARQUEURS

TUMORAUX

- ☐ AFP
- ☐ ACE
- ☐ PSA
- ☐ CA 19-9
- ☐ CA 125
- ☐ CA 15-3



DOCTEUR Hamid BOUKAMI •

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور حميد بوكامي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

الهاتف: 0528220141

24 AOUT 2020
Agadir le في أكادير

Facture

Je soussigné docteur Hamid Boukami certifie avoir reçu de
Mme. Mlle. Mr. Agrad naima la somme de trois cent Dh (300 Dh)
frais de consultation médicale + échographie.

Signé



رقم 17 المداخل رقم 1 عمارة المستقبل رياض السلام الحادير ر.ب. 80050
App.N°17 entree 1Imm Almostaqbal Ryad assalam Agadir C.P. 80050

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES RIFKOUN

20 Rue Taraboulous. Q. I.. Agadir
Tél. : 028-84-48-84 - Fax : 028-84-48-89
I.C.E :001533339000029 IF :75744470 INP : 043001189

Agadir le 24 août 2020

Mme-Mlle AGRAD NAIMA

FACTURE N°	427181
------------	--------

Analyses :			
Numération formule -----	B	80	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	
Ferritine -----	B	250	
25 Hydroxy-Vitamine D -----	B	400	
Thyreostimuline (TSH3) -----	B	200	Total : B 1120
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,1	
TOTAL DOSSIER		1 369,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Mille Trois Cent Soixante Neuf Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALE
RIFKOUN
Dr. Abdelmajid RIFKOUN
20, Rue Taraboulous (Q.I.) AGADIR
Tél. 05.28.84.48.84/05.28.84.48.89

