

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006004

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8589 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 : NAIMA 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) :

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.

Prothésaire :
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

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.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|
| | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| O.D.F. | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | Montant des soins <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin de <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---------------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : <u>BAICHA</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>BAKKI AHMED</u> | | |
| Fonction | | <u>Chef de Scale</u> | | |
| Mail | | <u>bakki@royalairmaroc.com</u> | | |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------|
| MEDECIN | Prénom du patient | | |
| | <u>ABDOL NARUA</u> | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age |
| | | | <u>2-4</u> |
| Nature de la maladie | | Date | |
| <u>de 2 semaines</u> | | <u>2-4 AOÛT 2020</u> | |

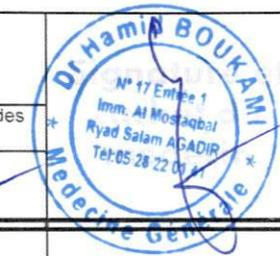
| | | |
|---|---------------------|---------------------------------|
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
| <u>Non</u> | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| <u>C1 + 2d</u> | | <u>300</u> |

| | |
|-----------------------|---------------|
| PHARMACIE | Date |
| Montant de la facture | <u>466,60</u> |

PHARMACIE ITRY
 Ahmed AMAGOUR
 Docteur en Pharmacie
 195, Riad Salam - AGADIR
 Tél: 05 28 29 51 43

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------|
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| <u>B 9280</u> | <u>1369,00</u> | |

| | | | | | |
|-----------------------------|----|----|----|---------------------------------|------|
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | Date |
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | | |



Doctev

BOUKAMI

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالبيضاء
الطب العام

الهاتف. ع : 0528.22.01.41

HO:05:00: Add
PPV: 40:50: DH
HO:05:00: Add
PPV: 40:50: DH
HO:05:00: Add
PPV: 40:50: DH

6 118007 103047

Tardyferon 80mg
30 comprimés pelliculés

Distributeur par COPAS PHARMA
41, Rue Mohamed VI, Casablanca
Pharmacie Responsable : Aminou D'AOUDJ

31936L

dir, le 24-08-20 أكادير في

CA AGRAS NATUA.

Tardyferon 80 (SV)
2 gélule Tidy Supra 200mg

21. 3 x 4
21 Lebrax 50 (SV)
99. 0.002

31 Tidy 40 (SV)
Tidy le Net

22. 60
4 Spasfon Supra (SV)
Asupre 20

466,00

Microgranules gastro-résistants
Par voie orale

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

M gastro-résistants
Par voie orale

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

PHA
Al
Doc
195,
Tél: 28 23 51 43



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

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

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

Fabriqué sous licence **Meda**
OT:20030 PER:03/2023
PPU: 21.00 DH

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 عشر من أوت 2020

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 المستشفى رياض السلام الحادي عشر رجب 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

ال هاتف: 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 -nucleaire natif
- AC anti DNA
- ASLO
- DOSAGE COMPLEMENT
- IGE TOTALES

BILAN THYROIDIEN

- TSH
- FT4
- 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

خريبة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

الماتيم.ع. 0528220141

24 AOUT 2020

Agadir le في اكادير

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 المندبل رقم 1 عمارة المستقبل رياض السلام الحادير ر.بم 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

