

## 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

- 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 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° W19-582715

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7189 Société : RAM 57 239  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BIAR ABDELKRIM  
 Date de naissance : 27.12.1964  
 Adresse : TISSIR II RUE MAHMOUD TIMOUR N°31  
 BERRECHID  
 Tél. : 0626659199 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BEKKAI Laia  
 134, Bd. El Fida Hay Yassinia  
 Cachet du médecin : BERRECHID  
 Date de consultation : 08/10/2020  
 Nom et prénom du malade : BIAR ABDELKRIM Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Colère  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie serait 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) :





# 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
08/10/2020	CA	1	1500H	INP : 93039995 Dr. BENMAHMOUD 34, Bd. El Fida Tél. 0664 49 38 17

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RACHID Docteur en Pharmacie Bd. Rachid H. - BERRECHID Tél. 0664 49 38 17	08/10/2020	338,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

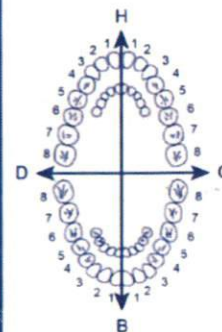
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/10/2020	3224 Z.P. 10.63000509	310,10

# AUXILIAIRES MEDICAUX

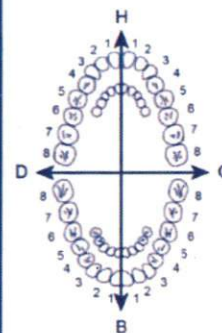
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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



Docteur BEKKAI Laila  
Médecine Générale  
Diplômée de l'Université de DAKAR

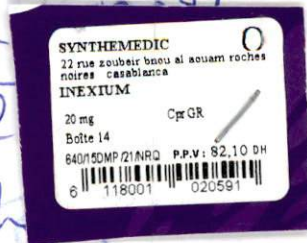
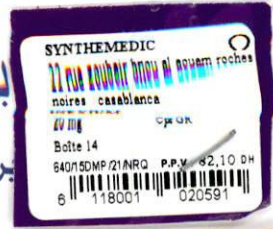
الدكتورة البكاي ليلي

برشيد في: 08/10/2020

# ORDONNANCE

MR BiAR Abolek

- ① - BILLOVYL 6330  
1 - 1 - 1
- ② - MEGARON 3300  
1 - 1 - 1
- ③ - INEXIUM 82,10 x 2  
1 - 0 - 0 x 2
- ④ - AMOXIL 55,00  
1 x 06 j
- ⑤ - RAYCUTINEM 22,70  
1 - 0 - 1



PPV: 55,00 DH  
LOT: 623683  
PER: 06/21



أ. ح. ياسمينه الطابق الأول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14  
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél :



Docteur BEKKAI Laila  
Médecine Générale  
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي  
الطب العام  
خريجة كلية الطب بدكار

برشيد في: 08/10/2020  
Berrechid, le :

## ORDONNANCE

M<sup>R</sup> - BiAR Abdelkrim

- E . C . B . U
- Glycémie a jeun
- Cholestérolémie - + triglycérid

SIGNATURE D'ANALYSES MEDICALES  
Bd, Mohammed V BERRECHID  
Tél 05 22 43 56 43

Dr. Leila BEKKAI  
134, Bd El Fida Hay Yasmina  
Tél: 06 61 56 93 14

134, شارع الفداء، حي ياسمينه الطابق الأول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14

134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14



***FACTURE : 72390***

**IB 53185 B**

**Nom et Prénom : Mr. BIAR Abdelkrim**

**Prescripteur :**

**Référence : 081020 049**

**Date : 08/10/2020**

**BILAN :**

GLY B 15      + CHOL B 23      + TRIG B 56      + CYTO B 70      +  
CULT B 60      +

**MONTANT NET :      310,16 Dhs    Soit 224 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Trois cent dix Dh et seize cts*

LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd, Mohammed V, BERRECHID  
Tél 05 22 33 66 43





Berrechid le : 08/10/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 09/10/2020

Medecin Dr. BEKKAI Laila

Mr. BIAR Abdelkrim

IB 53185 B

RF: 081020049

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN ..... 1,26 g/l (N : 0.70 à 1.10)  
(Technique HITACHI 704) Soit 7,00 mmol/l (N : 3.89 à 6.11)

CHOLESTEROL TOTAL ..... 1,82 g/l (N : 1.6 à 2.00)  
(Technique HITACHI 704) Soit 4,7 mmol/l (N : 4.10 à 5.20)

TRIGLYCERIDES ..... 2,87 g/l (N : < 1.50)  
(Technique HITACHI 704) Soit 3,28 mmol/l (N : < 1.70)

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES IBN SINA  
DR. BERRECHID  
Tél. : 05 22 33 66 43





Berrechid le : 08/10/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 09/10/2020

Medecin Dr. BEKKAI Laila

Mr. BIAR Abdelkrim

9A 53185

RF: 081020049

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect .....	Clair
Couleur .....	Jaunâtre
Ph .....	5,0
Glucose .....	Negatif
Albumine .....	Négatif
Sang .....	Positif
Corps cetoniques .....	Negatif

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes .....	10 /mm3	N < 10
Hematies .....	4 /mm3	N < 5
C.Epitheliales .....	Rares	
Cylindres.....	Absents	
Cristaux .....	Absents	
Trichomonas .....	Absents	
Levures .....	Absents	

Coloration de GRAM..... ABSENCE DE GERMES PATHOGENES

CULTURES BACTERIOLOGIQUES

Cultures **stériles** après 24h D'incubation à 37°C.

IBN SINA  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BERRECHID