

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3084* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *Bouzafir Homa JJ Nahili M*

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 : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

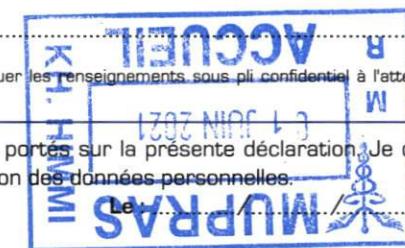
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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									
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire											
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 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> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
D	H												
25533412 00000000	21433552 00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
		<b>VISA</b> - Vouchier du praticien <b>Pratiquant l'exécution</b>											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
<b>DECLARATION N°</b> P 14 / 0038884		
<b>MUPRAS</b> <small>Mutuelle de Prévoyance &amp; d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 14 / 0038884

DATE DE DEPOT  
 07/05/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	
Nom & Prénom		Bouzalim Houda	
Fonction	Phones	0522285327	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient HAFRA BOUZAHIR		
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age 54 ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite 19/05/2021	
épigastriques + Débord + Diarrhées + Allergie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
- CS		1	120,00 dh
- CT (26/05/2021)		1	120,00 dh
PHARMACIE		Date 19	Montant de la facture
			26
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date 24-05-2021	d'Analyses Médicales Aha Chouab Doukkall
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
3 g 40		1054,00 dh	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 18-05-2021	
		Tel 05 22 82 32 83 Fax 05 22 82 32 83	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Khadija RAFIQ

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale



بِسْمِ

الطب العام —

## ORDONNANCE

Date : 26/05/21

1<sup>me</sup> HARPA BawZAHIR

1) lensl 3cpf *(Lenses)* pdf  
803.3

2) lylens 3cp x 4/1 *(Lenses)* pdf

**طبيعة رافق**  
حاجة خاصة  
بلوك ٦٣ الشقة ١٠ الدار ٤١ العي المختار  
٥٣ ٢٢ ٨٣٣ ٨٣٩ | ٠٧ ٩٩ ١٥٠ ٧٨٧

**بلوك 6 الرقة 10، رقم 41 الطابق الأول الذي المدحبي، الدار البيضاء**  
Bloc 6 Rue 10 N° 41, 1er Etage , Hay Mohammadi, Casablanca  
Tél : 05.22.60.38.39 / 07.00.15.07.87 / E-mail : rafiqkhadija87@gmail.COM

**Dr. khadija RAFIQ**

Diplomée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Médecine générale



لطب العام

**د. خديجة رافق**

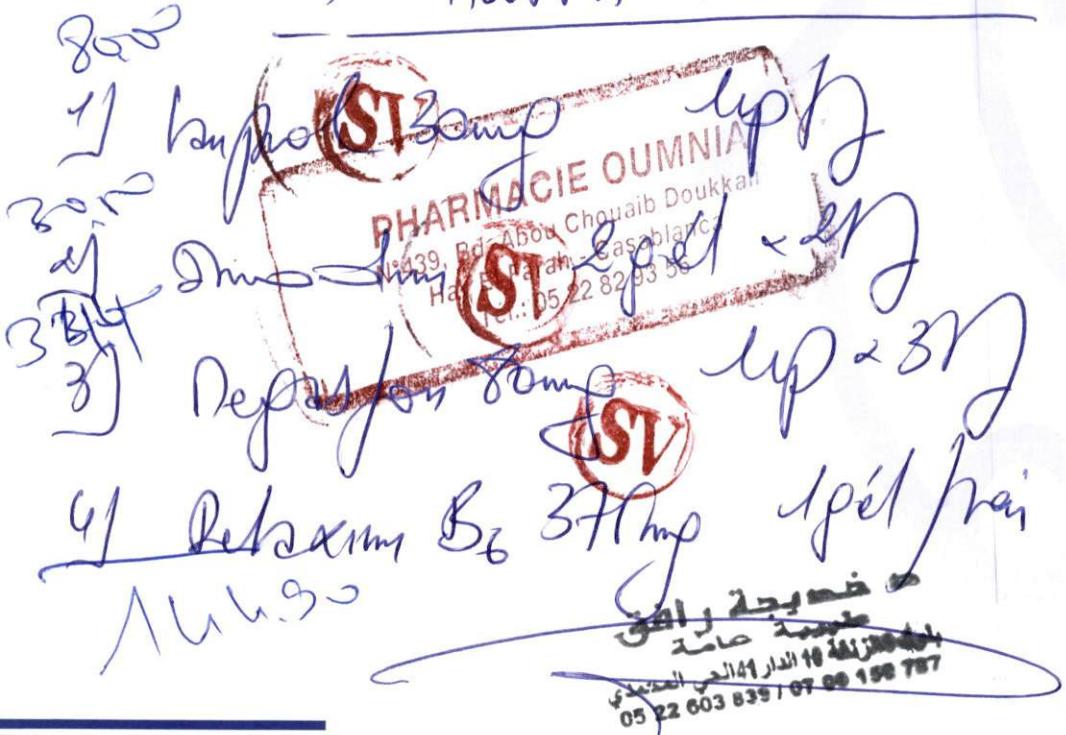
خريجة كلية الطب والصيدلة  
الدار البيضاء  
**الطب العام**



## ORDONNANCE

Date: 19.05.2017

1<sup>me</sup> HOUSSA BEZAZIER



Hay MOHAMMADI, Bloc 6, Rue 10, N° 41

بلوك 6 الزنقة 10 الدار 41 الحي المحمدى

Tél : 05 22 60 38 39 / 07 00 15 07 87 / E-mail : rafiqkhadija87@gmail.com

**PYLERA® gélules**

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :  
SOTHEMA, B.P.N° 1.27182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262

LOT : 7612  
UT. AV : 03-23  
P.P.V : 34 DH 40

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V : 30DH50

6 118000 010845

LOT: 278  
PER: SEP 2022  
PPV: 80 DH 00

**Dr. Khadija RAFIQ**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale



**الدكتورة خديجة رافق**

خريجة كلية الطب والصيدلة  
دار البيضاء  
الطريق العام

Casablanca, Le

19/05/2021

الدار البيضاء، في

## Bilan Biologique

Nom / Prénom : Bouzaffour Hajar Age : 20 Sexe : H  F

### SANG :

- Groupe
- Rhésus
- NFS / Plaquettes
- VS
- CRP
- Cholestérol total, HDL, LDL
- Triglycérides
- Glycémie à jeun
- Glycémie postprandiale
- HbA1c
- Ferritine
- Vitamine D
- Lonogramme sanguin
- Urée
- Acide urique
- Créatinine
- DFG
- ASAT
- ALAT
- Phosphatases alcalines
- Gamma GT
- Electrophorèse des protéines
- TSU us
- T3, T4

### URINE :

- Diurèse des 24h
- Prothénurie des 24h
- Crétatinine des 24h
- ECBU et antibiogramme
- Lonogramme urinaire

### SELLES :

- Coprologie des selles
- Parasitologie des selles

### BILAN ALLERGOLOGIQUE :

- IgE totales
- IgE spécifiques

Autres : سونايز HJ.

رافق  
دكتورة خديجة  
الدار البيضاء  
الطب العام  
05 22 003 839 / 07 00 190 787

**LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE ABA CHOUAIB DOUKKALI**  
**439, BD Aba Chouaib Doukkali Hay El Farah - Idrissia 20552 Casablanca**  
**Tél : 0522.82.32.82/83 Fax : 0522.82.32.83 GSM : 06.61.48.86.67**  
**E-mail : laboratoire.abachouaib@gmail.com**  
**I.F : 40257328 - T.P : 33690273 - N° CNSS : 8078265 - I.C.E : 001718066000043 - I.N.P.E : 093060457**

**Assuré**

**Matricule**

**Bénéficiaire**

**BOUZAHIR HOURRA**

**Prise en charge N°**

**Prescripteur:** **RAFIQ Khadija**

**FACTURE N°** **55096**

**Facturé le :** **24/05/2021**

**Analyses :**

25 HYDROXYCHOLECALCIFEROL	B 350,00	
GLYCÉMIE À JEUN	B 30,00	
HÉMOGLOBINE GLYCOSYLÉE	B 100,00	
THYREOSTIMULINE (TSH US)	B 200,00	
SÉROLOGIE DE HELICOBACTER PYLO	B 180,00	
NFP	B 80,00	

**Total analyses :** **1 034,00 Dh**

**Prélèvements :**

Sang	<b>Total Prélèvements :</b>	<b>20,00 Dh</b>
------	-----------------------------	-----------------

**Total <>B>>** **940** **Soit un montant total :** **1 054,00 Dh**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQUANTE QUATRE DIRHAMS

