

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-630448

15.6.874

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 5713

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BEKKALI NABIL

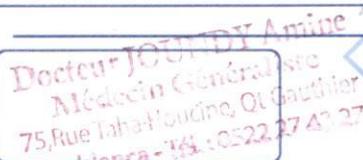
Date de naissance : 08.12.1964

Adresse : 11 Rue Michel Ange Q = Blanche
20050 Casablanca

Tél. : 0664000751

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 JAN 2022

Nom et prénom du malade : BEKKALI NABIL

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sifilis due au COVID-19.

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 : Casablanca

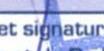
Le : 07/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
13 JAN 2022	C1		200 Fr	INPE 091163550
20 JAN 2022	consultation gratuit			<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RACINE Mme LEMSEFFER Touria Angle Bc Anfa et Rue A. El Kaabi Tél: 0522 27 28 91 Casablanca	13.01.22	368,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
  Lyon PLUS	1-01-92	B75a,PC	1030,00 dh

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>													
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
					<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
								H	G									
								25533412 00000000	21433552 00000000									
								D	G									
								00000000 35533411	00000000 11433553									
B																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
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																		

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 13 janvier 2022 الدار البيضاء، في

Mr. BEKKALI Nabil

22.40

1/ ASKARDIL 75 MG

1 comprimé/jour, pendant 1 Mois

80f. 00

2/ MAELYS

1 comprimé x2/jour, pendant 15 jours

69. 00

3/ VITA C 1000 B10 CP EFF

1 comprimé/jour le matin, pendant 10 jours

56. 20

4/ D-CURE 25000

1 ampoule buvable/semaine, pendant 3 semaines

5/ DOLIPRANE CP 1 G

1 cp 3 fois par jour, pendant 4 jours

14. 00

368,60

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés

PPV: 22DH40
EXP: 08/2023
LOT: 16012 4

PPV: 56,30 D
LOT: 21103D
EXP: 09/2023

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2808

code INPE



091163550

Doktor JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Hocine, Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

75. زفقة طه حسين (غاليي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Hocine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le **20 janvier 2022** الدار البيضاء، في

Mr. BEKKALI Nabil

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

d-dimères
NFS+PLAQUETTES
Ferritine
fibrinogène
CRP



code INPE



091163550

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Hocine, Casablanca
Casablanca - Tel : 0522 27 43 27

زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 75
75, Rue Taha Hocine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma



Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليلات الطبية

Casablanca le 21-01-2022

Mr BEKKALI Nabil

FACTURE N° B220105977

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0233	Fibrinogène	B40	B
0370	CRP	B100	B
	D-Dimères	B280	B

Total des B : 750

TOTAL DOSSIER : 1030.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
mille trente dirhams





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليلات الطبية

Mr BEKKALI Nabil

Prescripteur : Dr JOUNDY AMINE

Casablanca le : 21-01-2022 Du : 21-01-2022

Référence : B220105977

Normes

Antériorités

D-Dimères
(Biomérieux Vidas ELFA) 206.3 ng/mL (<500.0)

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C réactive (CRP) 3.8 mg/L (<6.0)

Ferritine
(Cobas e411: Electrochimiluminescence) 79.93 µg/L (20.00–250.00)



Mr BEKKALI Nabil

Prescripteur : Dr JOUNDY AMINE

Casablanca le : 21-01-2022

Du : 21-01-2022

Référence : B220105977

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	4.4	M/mm ³	(4.2–5.7)
Hémoglobine	14.3	g/dL	(14.0–17.0)
Hématocrite	43	%	(40–52)
VGM	98	μ ³	(80–95)
TCMH	33	pg	(28–32)
CCMH	33	g/100mL	(30–35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	8 070	/mm ³	(4 000–10 000)
Neutrophiles	64	% soit	5 165 /mm ³ (1 500–7 500)
Eosinophiles	4	% soit	323 /mm ³ (<400)
Basophiles	1	% soit	81 /mm ³ (<150)
Lymphocytes	23	% soit	1 856 /mm ³ (1 500–4 000)
Monocytes	8	% soit	646 /mm ³ (200–1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	335 000	/mm ³	(150 000–400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.4	fL	(6.0–11.0)

HEMOSTASE

Fibrinogène	3.68	g/L	(2.00–4.00)
-------------	------	-----	-------------

