

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-506789

107553

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 236 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Aloussad Houfissa

Date de naissance : 18/6/40

Adresse : 45 Monika Plage Mohammedia

Tél. : 06/61329176 Total des frais engagés : 1349,59 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/2/22

Nom et prénom du malade : Aloussad Houfissa Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardio vasculaire

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) :

Le : 23/2/2022

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
22/02/22			67	INP : 071219513

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/22	1099,59

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/02/22	B30x54R40 Hpaus	250,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



CENTRE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ERRAHMA
مركز أمراض القلب والشرابين الرحمة

IRM 1.5 - SCANNER 32 BARETTES 3D 4D - SYNCO - VIA - ANGIO - SCANNER - PONCTION BIOPSIE SCANNOGUIDEE ET ECHOGUIDEE
ARTHROSCANNER - INFILTRATION SCANNOGUIDEE - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - NEURO/BODY PERFUSION - RADIOLOGIE GENERALE
PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE DOPPLER VEINEUX ET ARTERIELLE - MAMMOGRAPHIE - DENSITOMETRIE

N^o ABouSSAAD
Noufissa

22/2/22

131,150 x 3 = 4035

- Coirvel 150mg 112,5mg

1s

PHARMACIE AL ANANA
Ouled El Guerra N. 78 Nakhl Sud
Tél 0524. 328. 328

1cp/j Soir

x 3 mois

116,80 x 3 = 350,40

- Lipanthyl 160mg 1cp/j Soir

1s

x 3 mois

87,53 x 3 = 262,59

- Nebilet 5mg 1/2 cp/j matin

1s

x 3 mois

- Cardioaspirine 100mg 1cp/j matin

1s

x 3 mois

1099,50

608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH



608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH



608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01



CENTRE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ERRAHMA

مركز أمراض القلب والشرايين الرحمة

IRM 1.5 - SCANNER 32 BARETTES 3D 4D - SYNCO - VIA - ANGIO - SCANNER - PONCTION BIOPSIE SCANNOGUIDEE ET ECHOGUIDEE
ARTHROSCANNER - INFILTRATION SCANNOGUIDEE - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - NEURO/BODY PERFUSION - RADIOLOGIE GENERALE
PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE DOPPLER VEINEUX ET ARTERIELLE - MAMMOGRAPHIE - DENSITOMETRIE

M^{re} ABOUSSAD
Noufissat

28/02/22

Laboratoire NAKHIL
D'ANALYSES MEDICALES
Biologie Medicales
45, Avenue El Masmoudi Targa
Marrakech - Tél : 0524 44 71 35 / 024

me
re
ion

CLINIQUE ERRAHMA
Lot Zineb El Masmoudi Targa
Tél : 0524 343 461 / 0524 497 111
Fax : 0524 397 977
(4)

Dr. Zied FROKHA
Cardiologue Interventionnel
Clinique Errahma
TNP - 80110
GSM 06 44 51 88 33

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim

Pharmacien Biologiste

الشراط عبد الكريم

صيدلي بيولوجي

INPE :
073002735

R.C : 36 218 - IF:69100730
I.C.E : 0016 0986 5000 024

Madame ABOUSSAAD NOUFISSA EP BENTITA

6JD9308

PRIVE

Facture N° : 51555

Prescripteur : Docteur FRIKHA ZIED

Analyses Effectuées Le 22/02/2022

Prélèvements

15 dh

Urée	b : 30
Créatinine	b : 30
Sodium	b : 30
Potassium	b : 30
Calcium	b : 30
Phosphorémie	b : 40

TOTAL_B : b 190

TOTAL DOSSIER : 250 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DHS

Dr. Yacoub El Mansour Imm. Nakhil
BIOLISSES MEDICALES
LABORATOIRE NAKHIL
Marrakech - Tél : 05 24 44 71 35/024

Dr. Yacoub El Mansour Imm. Nakhil
BIOLISSES MEDICALES
LABORATOIRE NAKHIL
Marrakech - Tél : 05 24 44 71 35/024

مختبر النخيل للتحاليل الطبية
LABORATOIRE "NAKHIL"
D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

Prélèvement du : 22/02/2022
Edition du : 22/02/2022



63D9308

Madame ABOUSSAAD NOUFISSA EP BENT
Dossier n° : LBMS31279
Dr. FRIKHA ZIED

Page 55

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Ant
Urée.....	0.45 g/l	(0.1-0.4)	
soit.....	7.52 mmol/l		
Créatinine.....	10.12 mg/l	(5-9)	
soit.....	90 µmol/l		
Calcémie.....	99.02 mg/l	(86-103)	
soit.....	2.48 mmol/l		
Phosphorémie.....	34.18 mg/l	(25-45)	
Sodium.....	136.00 mEq/L	(135-145)	
Potassium.....	4.70 mEq/L	(3.5-5.5)	