

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-671659

116804

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11039 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARMAKI MOUNA

Date de naissance :

Adresse : Unité IV N° 201 DARRAGAT MARRAKECH

Tél. : 0666417127

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mouria O. JAWHARI
Spécialiste Diabétologie
Endocrinologie - Nutrition
213, Av. Med VI Appt 21 Guéiz
Marrakech - Tél. : 05 24 43 36 62

Date de consultation : 4/5/2022

Nom et prénom du malade : Barmaki Mouna Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Marrakech Le 05/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET AD

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
4/5/99	Ca	2	150,00	INP : 071107093

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/05/22	1200	250,00

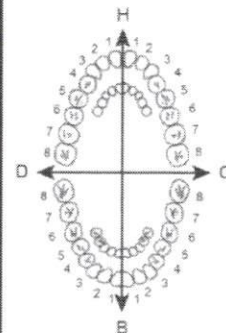
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

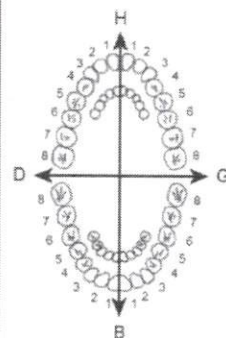
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



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 Houria O. Jawhari
Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines
Cholestérole - Obésité - Goitre
Impuissances sexuelles - Maladies du sein
Retards de croissance
Nutrition

الدكتورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية
لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي
أمراض الثدي - نقصان النمو
التغذية

Marrakech, le :

Mme Bammaki Mouna

TSHus

Docteur Houria O. JAWHARI
Spécialiste Diabétologie
Endocrinologie - Nutrition
213, Av. Méd V. Appt. 11 Guéliz
Marrakech - Tél. : 05 24 43 36 62

Docteur Houria O. Jawhari
Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines
Cholestérole - Obésité - Goitre
Impuissances sexuelles - Maladies du sein
Retards de croissance
Nutrition

الدكتورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية
لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي
أمراض الثدي - نقصان النمو
التغذية

Marrakech, le :

4/5/99

M. Baoukhi Mouna

Lévothyrox 100

1 page

(3 mois)

Docteur Houria O. JAWHARI
Spécialiste Diabétologie
Endocrinologie - Nutrition
213, Av. Med VI Apt 11 Gueliz
Marrakech - Tel. : 05 24 43 36 62

213, شارع محمد الخامس رقم 11، الطابق الثاني - جليز - مراكش (عمارة الخطوط الملكية الجوية المغربية) - الهاتف : ع. 08 08 39 09 65 / 05 24 43 36 62

213, Avenue Mohamed V, Apt 11, 2ème Etage Gueliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE MARRAKECH

Dr BENMANSOUR Anouar

29 Rue Yougoslavie Gueliz-Marrakech Tél : 05 24 42 19 98 / Fax : 05 24 43 05 62
labokech@labocbm.com - www.labocbm.com

IF : 37739553 - TP : 45104191 - ICE : 002348825000034 - CNSS : 5205267

Marrakech le mercredi 4 mai 2022 Madame BARMAKI MOUNA

FACTURE N°	61079/2022
Analyses :	
Thyreostimuline (TSH us) -----	Total : B 200
Prélèvements :	
Sang-----	
TOTAL DOSSIER	
250,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Cinquante Dirhams

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
CBM - MARRAKECH
Dr. BENMANSOUR Anouar
Tél : 05 24 42 19 98 - Fax : 05 24 43 05 62
labokech@labocbm.com

Dr. BENMANSOUR Anouar
D.E.S en Biologie clinique

BIOCHIMIE - ENDOCRINOLOGIE - HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE
MYCOLOGIE - TOXICOLOGIE - ALLERGOLOGIE ET SPERMIOLOGIE

Dossier ouvert le : 04/05/22

Prélèvement effectué à 12:19

Edition du : 04/05/22 à : 13:55

Madame BARMAKI MOUNA

DDN : 23/03/1973

Réf. : 22E25

Page : 1/1

HORMONOLOGIE

		Normales	Antériorités
TSH _{us} -----:	9,15 * μ UI/ml	0,25 - 5	04/10/21 3,11
(Technique ELFA VIDAS BIOMERIEUX)			

Interprétation

- Euthyroïdie	:	0,25 - 5
- Hyperthyroïdie	:	< 0,15
- Hypothyroïdie	:	> 7

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
CBM - MARRAKECH
Dr. BENMANSOUR Anouar
Tél : 05 24 42 19 98 - Fax : 05 24 43 05 62
labokeych@labocbm.com

29, rue Yougoslavie (en face de la Clinique du Sud et à proximité de L'hôpital Ibn Tofail) - Guéliz Marrakech

29. زنقة يوغوسلافيا، (أمام مصحة الجنوب وقرب مستشفى ابن طفيل) جليز - مراكش

Tél. : 05 24 42 19 98 - GSM. : 06 61 36 98 42 - Fax. : 05 24 43 05 62 - IF. : 18761342 - CNSS. : 4712578 - E-mail. : labokeych@labocbm.com - Site. : www.labocbm.com