

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 004957

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1942

Adresse : 119 HAY ALWahda ELALIA

20830 Mohammedia (Maroc)

Tél. 0633266200

Total des frais engagés : 1249,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : X

Date de consultation : 08/06/2022

Nom et prénom du malade : moi-même

Age : 01/01/42

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivi Hypertension

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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

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 : Mohammedia

Le : 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

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



# 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
			320	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> <b>PHARMACIE EL HASSANI</b>  BERRI NAJIB EP. BOUC  165, Ed. de la Résistance  El Alta - MOHAMMEDIA  Tel : 05 23 28 76 87 </p>	08/06/2022	334,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p> <b>LABORATOIRE AMAR</b>  D. Med. V - MOHAMMEDIA  Tel : 05 23 30 40 30 </p>	09/06/22	6440	614,6500

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :**

Veuillez 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														
				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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Dr Yassin SAYERH

Chirurgien Urologue

-Andrologue-

Fixe : 05 21 21 00 06

05 23 31 79 63

Sur rendez-vous - بالموعـد



الدكتور ياسين الصايغ

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى

والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية

Membre de l'American Urological Association

Urgences : 06 64 21 43 99

## Ordonnance

A Mohammédia le : .....

Notre Zé Gami

213,00

121,40

Umaxo,lg



m3

334,40

1. gelule /; le soir

au coucher 03

PHARMACIE EL TASSANI  
15, BERRI Najat Ep. LBOUCHE  
El Alia - MOHAMMEDIA  
Tél. : 05 23 28 76 64

Renouveau

Dr Yassin SAYERH  
CHIRURGIEN UROLOGI  
TNP : 091241984  
Mohammédia - Tél. : 05 21 21 00 06

12, Rue BirAnzaran Résidence Fayçal (Derrière Carrefour KASBAH) 1er Etage Mohammédia



12، زنقة بنرانزان إقامة فيصل (وراء كارفور القصبة) الطابق الأول المحمدية



LOT 211325  
EXP 05/2023  
PPV 121.40 DH

LOT 211323  
EXP 05/2023  
PPV 213.00DH





## Bulletin d'analyses

08 JUN 2022

A Mohammedia le : .....

*Abdoul Zebbani*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NFS                                  | <input type="checkbox"/> ECBU                    |
| <input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN                       | <input type="checkbox"/> IONOGRAMME SANGUIN      |
| <input type="checkbox"/> TP                                   | <input type="checkbox"/> SPERMOGRAMME            |
| <input type="checkbox"/> VS                                   | <input type="checkbox"/> SPERMOCULTURE           |
| <input type="checkbox"/> CRP                                  | <input type="checkbox"/> TESTOSTÉRONÉMIE         |
| <input checked="" type="checkbox"/> UREE                      | <input type="checkbox"/> FSH                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> CREATININEMIE + clairance | <input type="checkbox"/> LH                      |
| <input type="checkbox"/> GLYCÉMIE A JEUN                      | <input type="checkbox"/> BILAN LIPIDIQUE         |
| <input checked="" type="checkbox"/> PSA TOTAL                 | <input type="checkbox"/> BILAN HEPATIQUE         |
| <input type="checkbox"/> PSA LIBRE                            | <input checked="" type="checkbox"/> ACIDE URIQUE |
| <input type="checkbox"/> HbA1c                                | <input type="checkbox"/> VITAMIN D               |
| <input type="checkbox"/> Rapport PSA L/T                      |  |



**LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **20609219**

Analyses effectuées le: 09/06/2022

Pour.....: **Mr. ZEGGANI MOHAMMED**

Sur prescription du: Dr SAYERH YASSIN

Code.....: 00001205



Organisme.....: **AP REMB**

**Bilan:**

UREE CREAT CLCR PSA AUR

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
3, Bd Med V - Mohammed  
Tél : 05 23 30 40 30

Cotation : (B 440 )

**Montant Net :** 614.60 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**SIX CENT QUATORZE Dhs 60 Cts**

Prélèvement du : 09/06/2022  
Edition du : 23/06/2022  
Code Patient 00001205  
Matricule :  
AP REMB

Heure : 08:29



Référence 20609AP219 du : 09/06/2022  
Mr. ZEGGANI MOHAMMED  
Médecin: Dr. SAYERH YASSIN

BIOCHIMIE  
EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Urée..... :	0.43	g/l (0.15 à 0.45)	0.29 (24/02/22)
Créatinine..... :	15.4	mg/l (7.0 à 13.5)	14.1 (24/02/22)
Acide urique..... :	64	mg/l (30 à 70)	
Clairance à la créatinine ..... (MDRD)	47	ml/min	51 (24/02/22)
Clairance > ou = 60 ml/mn : pas d'IR ou IR légère			
Clairance de 30 à 60 ml/mn : IR modérée			
Clairance < ou = 30 ml/mn : IR sévère			
Clairance < 15 ml/mn : IR terminale			

MARQUEURS

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
P.S.A..... : (Antigène spécifique de la prostate)	1.47	ng/ml N : (< 4.00)	2.39 (28/07/21)

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
Bd. Mohammed V - Mohammedia  
Tél : 05 23 30 40 30