

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-627094

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8969

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FATHI LAALAOUI MY AHMED

Date de naissance : 28.07.72

Adresse : LAFENNAOUI 12007 LHM - 115/45

OULAD SALAH NEUACOUR CASA

Tél. : 0661667629 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TOUGARI 11447 Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hyperlipidémie

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 : 22/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-627094

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8969

Nom de l'adhérent(e) : EL FATHI LAALAOUI

Total des frais engagés : 600 Dhs

Date de dépôt : 22.06.22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
04/06/92	6	6	30.00	INP : 10912041875
20/06/92	5	6	67	

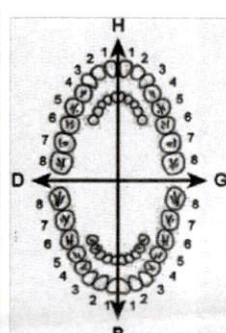
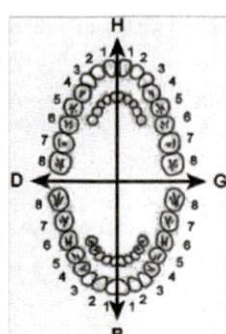
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06-06-92	Centre de prélèvement	LNR 500100
			090063728

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.

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 canalaires, 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>2553412</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		2553412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
2553412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Samia NEJJAR

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
(Hôtel Dieu de Paris)

**Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition**

- Diabète • Goitre • Obésité • Hypertension artérielle
- Cholestérol • Stérilité • Trouble de croissance et de puberté • Pathologie surrénalienne & hypophysaire
- Pose de Pompe à Insuline •

Casablanca, le 04/06/2022

Tougar Hayat

T8Hus

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue - Diabétologue
Complexe Al Moustakbal, Imm. 107, GH04
Appt. N°2, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél / Fax : 022 97 57 35

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Prévention
LNR
05 22 97 57 35

إقامة المستقبل، عمارة 107، GH 04، شقة 2، سيدي معروف - الدار البيضاء
Résidence Al Moustakbal, Imm. 107, GH 04, appt. 2 - Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 97 57 35 / 05 20 12 92 04: الهاتف - Fax: 05 22 97 56 44: الفاكس

الدكتورة سامية النجار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

- الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليسترول
- الضغط الدموي • أمراض النمو والبلوغ • العقم
- أمراض الكظران و الغدة النخامية
- تركيب مضخة الأنسولين

F A C T U R E

2200206100

N° : 12272 / 2022 du 06/06/2022

Nom patient	TOUGARI HAYAT	Entrée	06/06/2022
	PAYANTS	Sortie	06/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Thyreostimuline (TSH 3G)	1.00	B0250	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Prélèvement
LNN
090063728

Identifiant du patient : 21M0000562

Date de naissance : 11/01/1976

Sexe : F

Date de l'examen : 06/06/2022

Prélevé le : 06/06/2022 à 09:17

Edité le : 06/06/2022 à 13:46

TOUGARI HAYAT

Dossier N° : 22061201

Docteur DR. MEDECIN EXTERNE NULL



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.	:	3.040	μUI/mL	0.27 - 4.20	2.400 μUI/mL (05/03/2022)
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)					

Le 06/06/2022 à 13:46

Signature

Dr. OUSTI Fadwa


Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid
Dr. F. OUSTI
Médecin Biologiste


Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de prélèvement
LNR
090063728

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.