

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0007255

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : 119 HAV AL WAKDA - EL AKIA
 20830 Mohammédia (Maroc)
 Tél. : 0633266200 Total des frais engagés : 850,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/10/2022
 Nom et prénom du malade : ZEGGANI Mohamed
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Contrôle oculaire
 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 : Mohammédia
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/10/2022

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

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
11/10/22	CS		2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
165, Bd. de la Résistance, EL ALIA - MOHAMMEDIA, Tél: 05 23 28 76 61	11/10/22	14900

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
165, Bd. de la Résistance, EL ALIA - MOHAMMEDIA, Tél: 05 23 28 76 61	11/10/22	B320	453,80

AUXILIAIRES MEDICAUX

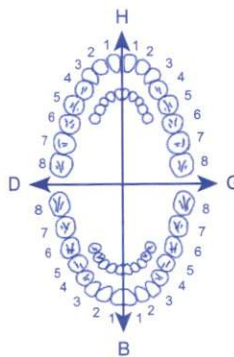
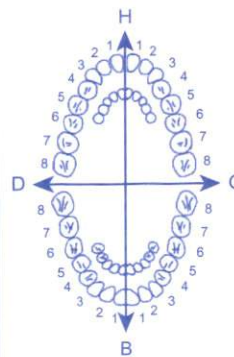
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				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																
			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 Ilham EL HAKOUR

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie Des Yeux

Ex-attaché à l'hôpital militaire d'instruction

Mohammed V de Rabat

الدكتورة إلهام الهاكوري

أخصائية في طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة في المستشفى

العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط

المحمدية، في.....Mohammedia, le.....

11 octobre 2022

Mr ZEGGANI MOHAMED

THEALOSE: COLLYRE

1 goutte 3fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE EL HASSANIA
Mr. BERRI Najat Ep. LBOUTCHE
N° 165, Bd. De la Résistance
El Aïia - ELIA
Tél. : 05 23 28 76 61

VERZESCIOMAR/2019



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

Dr. Ilham EL HAKOUR
Imm D n°5 (1^{er} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammedia
ABDELMOUMEN
Tél: 05.23.30.17.17

Il est strictement interdit de changer la date de la consultation

Residence CENTRAL PARK, Imm D n°5 (1^{er} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammedia

زنقة عبد المومن إقامة سوترال بارك، عمارة D رقم 5 (الطابق الأول). المحمدية

☎ 05 23 30 17 17

✉ dr.elhakour@gmail.com

INPE : 091167411

📞 06 07 44 48 97

Dr Ilham EL HAKOUR

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie Des Yeux

Ex-attaché à l'hôpital militaire d'instruction

Mohammed V de Rabat

الدكتورة إلهام الهاكور

أخصائية في طب و جراحة العيون

طبيبة سابقة في المستشفى

العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط

M22-0007255

Mohammedia, le..... في المحمدية،

11 octobre 2022

Mr. ZEGGANI MOHAMED

NFS- VS- CRP

Glycémie à jeun

TP - TCK

LABORATOIRE AMARA
Mohammed A. AMARA
OPHTALMOLOGISTE
1 Bd Abdelmoumen - Mohammedia
TEL : 05 23 30 40 30

Dr. Ilham EL HAKOUR
Ophtalmologiste
Imm D n°5 Central Park Rue
ABDELMOUMEN-Mohammedia
Tel: 05 23 30 17 17

Il est strictement interdit de changer la date de la consultation

Residence CENTRAL PARK, Imm D n°5 (1^{er} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammedia

زنقة عبد المومن إقامة سوتيرال بارك، عمارة D رقم 5 (الطابق الأول). المحمدية

☎ 05 23 30 17 17

✉ dr.elhakour@gmail.com

INPE : 091167411

📞 06 07 44 48 97

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

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

Référence:

2101862

Analyses effectuées le: 18/10/2022

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

Sur prescription du: Dr EL HAKOUR ILHAM

Code.....: 00001205



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

Bilan:

NFS PQ VS CRP GLY TP TCK

Cotation : (B 320)

Montant Net : 453.80 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT CINQUANTE TROIS Dhs 80 Cts



Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 18/10/2022
Edition du : 18/10/2022
Code Patient : 00001205
Matricule :
AP REMB

Heure : 08:01



Référence 21018AP62 du : 18/10/2022
Mr. ZEGGANI MOHAMMED
Médecin: Dr. EL HAKOUR ILHAM

BIOCHIMIE

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C réactive..... :	< 6	mg/l (< à 6)	<6 (17/11/21)
Glycémie..... :	0.95	g/l (0.70 à 1.10)	1.03 (18/01/21)

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine..... :	100	% (70 à 100)	80 (22/06/22)
Temps de Céphaline + Activateur			
Témoin..... :	32	sec	
Patient..... :	32	sec	
Rapport Patient/Témoin..... :	1.00	(< à 1.20)	0.94 (22/06/22)

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

Prélèvement du : 18/10/2022

Heure : 08:01

Edition du : 18/10/2022

Code Patient 00001205

Matricule :

AP REMB

Référence 21018AP62

du : 18/10/2022

Mr. ZEGGANI MOHAMMED

Médecin: Dr. EL HAKOUR ILHAM

HEMATOLOGIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....:	4.2	M/ μ l	(4,5 à 6,5)	4.2 (31/08/22)
Hémoglobine.....:	12.1	g/dl	(13.0 à 18.0)	12.5 (31/08/22)
Hématocrite	37	%	(40 à 54)	39 (31/08/22)
V.G.M	88	fl	(85 à 100)	93 (31/08/22)
T.C.M.H.....:	29	pg	(27 à 32)	30 (31/08/22)
C.C.M.H.....:	33	%	(32 à 36)	32 (31/08/22)
Globules blancs.....:	5700	/ μ l	(4.000 à 11.000)	3600 (31/08/22)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles.....:	43	%		28 (31/08/22)
soit.....:	2451	/ μ l	(2000 à 7500)	28 (31/08/22)
Lymphocytes.....:	43	%		53 (31/08/22)
soit.....:	2451	/ μ l	(1500 à 4000)	53 (31/08/22)
Monocytes	9	%		10 (31/08/22)
soit.....:	513	/ μ l	(200 à 800)	10 (31/08/22)
Polynucléaires Eosinophiles.....:	5	%		9 (31/08/22)
soit.....:	285	/ μ l	(< à 400)	9 (31/08/22)
Polynucléaires Basophiles.....:	0	%		0 (31/08/22)
soit.....:	0	/ μ l	(< à 400)	0 (31/08/22)
Plaquettes.....:	185.000	/ μ l	150.000/450.000	37.000 (31/08/22)

VITESSE DE SEDIMENTATION

1.ère heure :	53	mm	(2 à 10)	25 (31/08/22)
2 ème heure :	81	mm	(6 à 20)	45 (31/08/22)