

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

M23-003220

155187

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R. 20202 Société : ERC / Rabat

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAJ M. BAREK

Date de naissance : 1925

Adresse : Secteur 4B Rue EL AZHAR N° 247 Tabagrine

Tél. : 06 64 59 14 33 Total des frais engagés : 14 000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : M. HADDAJ M. BAREK Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Rabat le 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : EL HADDAJ M. BAREK

29 Rue Oued Al Mekazine
Tél. : 05 37 07 44 66
Métabolistes
Endocrinologie et Maladies
Pr. HAFIDI EL HAMANI ALCHA

MUPRAS
29 MAR 2023
ACCUEIL
I. BOUZAACANE

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
22.03.23	(1300) x 4 (220 + PRA) x 4	11000,00	INP : 101006807

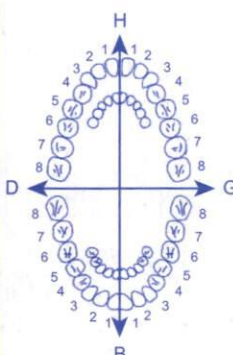
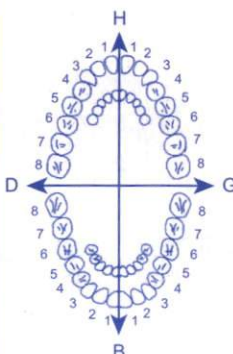
[illegible]

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'OD

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. Hafidi Ep. El Hamiani

Endocrinologies Et Maladies Metaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine
René - Descartes - Paris

Ancien Professeur à la Faculté de
Médecine de Rabat

الدكتورة عائشة مفيدتي الحماني

أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

خريجة كلية الطب روني - ديكارت
بباريس

أستاذة سابقة بكلية الطب
بالرباط

Rabat, le 21/07/2020

أ. El Hachemi Abouke

الدكتور العلوي البوعسراقي ع
Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.
Ex. Professeur Agrégé
Radioisotopes et Médecine Nucléaire
7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT
Tél: 05.37.77.29.51 - Fax : 05.37.77.61.1

- TSHU

- FT₄ + FT₃

(من المحتمل ارتفاعها مع المرض
في FT₄ و FT₃ و TSH ؟)
و قد يكون هذا هو الحال
- خاصة في كبار السن -

Pr. HAFIDI EL HAMIANI AICHHA
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
29 Rue Oued Al Maknazine
Rabat - Tél: 05 37 67 44 66

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

FACTURE

ex. Professeur Agrégé
Radio-Isotopes et Médecine Nucléaire
7, Av Omar Ibn Khattab - Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 77 29 51

N° 0000969

Rabat le 22.03.2023 الرباط في

M. DIFI M. BARWA السيد
sp EL HADDAD

Examen	Tarif
cortinol 8A	300,00
FT3	260,00
FT4	270,00
TSN (us)	270,00
TOTAL	1100,00
hillo cent dirlo	
Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A. Ex. Professeur Agrégé Radioisotopes et Médecine Nucléaire 7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT Tél: 05 37 77 29 51 - Fax: 05 37 77 81 82	

Patente N°: 25703887

C.N.S.S.N° :2127307

IF: 33411210

ICE :001583167000063

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI.A

Ex. Professeur Agrégé de la Faculté
de Médecine de Rabat
Radio - Isotopes et Médecine Nucléaire
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور العلوي البوعراقي عبد الكريم

أستاذ محاضر بكلية الطب

بالباط سابقا

التشخيص بالأشعة النووية

Rabat le 22.03.2023

DOSAGE RADIO - IMMUNOLOGIQUE

- Nom du Patient : Mme DIFI M'BARKA
- Médecin Traitant : Pr. HAMIANI

- FT3 (T3 libre)	5,9	pmoles / l	VN : (3 - 7)
- FT4 (T4 libre)	17	pmoles / l	VN (11 - 25)
- TSH (US)	1,9	micro UI / ml	VN (0,2- 4,5)
- GH (S.T.H.)		micro UI / ml	VN : (INF. 15)
- Cortisol 8 H - 10 H	150	ng / ml	VN (50 - 230)
- " 15 H - 17 H		ng / ml	VN (30 - 140)
- Testosterone		ng / ml	VN : H(2,5 - 10) F(0,1 - 0,9)
- Prolactine		micro UI / ml	VN : H(90 - 380) F(130 - 700)
- FSH		m UI / ml	} VN : Voir Feuille Annexe
- LH		m UI / ml	
- 17 B.Estradiol		pg / ml	
- Progesterone		ng / ml	

- Autres Sur Demande

الدكتور العلوي البوعراقي ع
Dr. ALAOUI BOUARRAQUI.A
Ex. Professeur Agrégé
Radioisotopes et Médecine Nucléaire
7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT
Tél: 05.37.77.29.51 - Fax : 05.37.77.61.82