

# 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



## Déclaration de Maladie

M23-003735

168247

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 00 209

Société : Esc / Rabat

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HA DJAG M'Barak

Date de naissance : 1925

Adresse : 80 Avenue 4B Rue EL AZHAR N° 247 Tabriquet Sals'

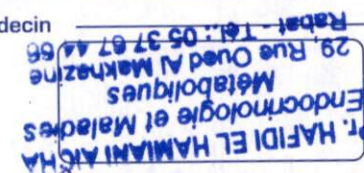
Tél. : 06 64 19 14 33

Total des frais engagés : 540,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 07 / 23

Nom et prénom du malade : DIFI NBARAK

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

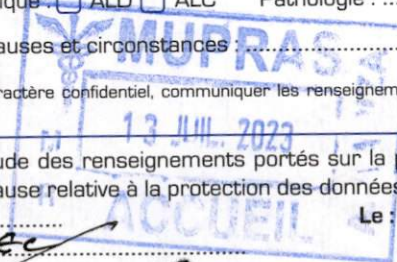
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Sals'

Le : 12/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : EC



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
04/07/2012	S		S	

**Dr. ALAOUI EL HANNOU**  
 29, rue Oued Al Maïn  
 Rabat - 10100  
 Tél: 05 37 67 44 05  
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr. ALAOUI EL HANNOU</b> Ex. P. Aggrégé de Radiologie Laboratoire de Radiologie 29, rue Oued Al Maïn Rabat - 10100 Tél: 05 37 67 44 05 Fax: 05 37 77 61 82 Méd. Nucléaire	05/07/12	(1.300) x 2 (280 + PRA) x 2	540,00 DH INP: 101006807

# 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																					
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. ALAQUI 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° 0002082

Rabat le 05.07.2023 الرباط في

M. Difi M. BARKA السيد

Examen	Tarif
FT3	270,00
FT4	270,00
TOTAL	540,00
Cinq cent quarante dirhams	
الدكتور العلووي البوعراقي عبد الكريم Dr. ALAQUI BOUARRAQUI A. Ex. Professeur Agrégé Radioisotopes et Médecine Nucléaire 7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - Rabat Tél: 0537 77 29 51 - Fax: 0537 77 61 82 Gsm: 07 00 17 63 62	

Patente N°: 25703887

C.N.S.S.N° :2127307

IF: 33411210

ICE :001583167000063

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 مفيزي الحمياني

أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

خريجة كلية الطب روني - ديكارت  
بباريس

أستاذة سابقة بكلية الطب  
بالرباط

Rabat, le : 04/27/23

Dr. DIFI N'BARUKA

FT<sub>3</sub> + FT<sub>4</sub>

Dr. HAFIDI EL HAMIANI A.K.A.  
Endocrinologies et Maladies  
Metaboliques  
29, Rue Oued Al Maknazine  
Rabat - Tél.: 05 37 67 44 66

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 ساقا

التشخيص بالأشعة النووية

Rabat le 05.07.2023

DOSAGE RADIO - IMMUNOLOGIQUE

- Nom du Patient : Mme DIFI M'BARKA
- Médecin Traitant : Dr. HAFIDI

- FT3 (T3 libre) .....	3	pmoles / l	VN : (3 - 7)
- FT4 (T4 libre) .....	8,6	pmoles / l	VN (11 - 25)
- TSH (US) .....		micro UI / ml	VN (0,2- 4,5)

- Thyroglobuline ..... ng/ml

• Valeur normale en présence de tissu thyroïdien: 3 à 28

- Ac anti Thyroglobuline ..... UI/ml VN (Inf à 60)

- Ac anti T.P.O ..... UI/ml VN (Inf à 70)

- Ac anti Récepteurs TSH ..... U/L

- Inf à 1 ..... Négatif
- Entre 1,1 et 1,5 ..... Indéterminé
- Sup à 1,5 ..... Positif

الدكتور العلوي البوعراقي عبد الكريم  
Dr. ALAOUI BOUARRAQUI.A  
Ex. Professeur Agrégé  
Radioisotopes et Médecine Nucléaire  
7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - Rabat  
Tél: 0537 77 29 51 - Fax: 0537 77 61 82  
Gsm: 07 00 17 63 62