

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

- 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

M23-003734

168250

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R20202 Société : ESC / Robot

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAJ F. Bavek

Date de naissance : 1925

Adresse : secteur 4B Rue EL AZHAR N° 247 Tabriquet

Tél. : 0664 59 11 33 Total des frais engagés : 270,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 01 / 20

Nom et prénom du malade : DIFE ABASSA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : 30 / 01 / 20

Signature de l'adhérent(e) : EL

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
30/07/2012	S		S	<p>Dr. HAFIDI EL HACHEM Endocrinologue et Diabétologue 15 rue Oued el Melah Bordj - Tél : 03 37 67 44 15</p>

Maille	Cachet et signature du M attestant le Paiement de

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIE			
Signature du Radiologiste	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. ABDOU QUARRAQUA Professeur Agrégé d'Anatomie et de Médecine Nucléaire 1, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - Rabat Tél: 0537 77 29 51 - Fax: 0537 77 61 82 Gsm: 07 00 17 63 82</p>	27/12	<p>(11300) (22000) (10000)</p>	<p>270,00 Dhs INP: 101006807</p>

ANA
 D
 Dr. **ABDOU ARRAQUA**
 Radiophysicien et Professeur Agrégé
 7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - Rabat
 Tél: 0537 77 29 51 - Fax: 0537 77 61 82
 Gsm: 07 00 17 63 82

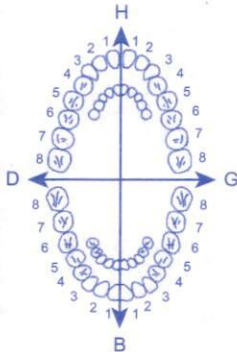
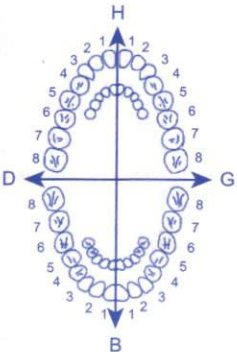
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

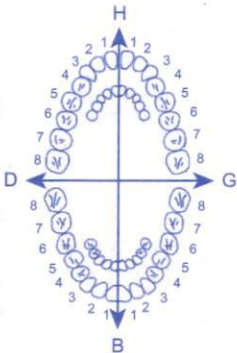
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <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

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE		
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins	<input type="text"/>
		Date du Devis	<input type="text"/>
		Date de l'exécution	<input type="text"/>

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 هفيدي الحمياتي

أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

خريجة كلية الطب روني - ديكارت
بباريس

أستاذة سابقة بكلية الطب
بالرباط

Rabat, le : 31/5/23

الدكتور الطوي 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

A. DIFI ABARUA

a Faire des 1 mois

TSH. us

Dr. HAFIDI EL HAMIANI AICHA
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
29, Rue Oued Al Makhazine
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° 0002031

Rabat le 03.07.2023 في الرباط

M. DIFI M. BARKA السيد

Examen	Tarif
(Bx1 us)	270,00
TOTAL	270,00
Deux cent soixante-dix dinars	
<p>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: 0637 77 61 62 Gsm: 07 00 17 63 62</p>	

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 03.07.2023

DOSAGE RADIO - IMMUNOLOGIQUE

- Nom du Patient : Mme DIFI MBARKA
- Médecin Traitant : Pr. HAFIDI A.

- FT3 (T3 libre)	pmoles / l	VN : (3 - 7)
- FT4 (T4 libre)	pmoles / l	VN (11 - 25)
- TSH (US) 24,7	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