

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-802735

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9226 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOUTRID Mina

Date de naissance : 07/01/1984

Adresse : N° 35, Bloc 66 Cidi Stman Casablanca

Tél. : 066-1373652 Total des frais engagés : #960,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16-06-2023

Nom et prénom du malade : Naigial mina Age: 39

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

Nature de la maladie : Module hépatique

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 : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/06/13 | S | 3000H | | INF : 17/06/13 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

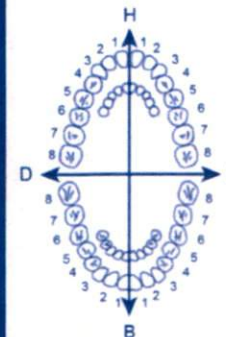
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 10/06/13 | 3-2-1 2-1-0-1 M | 660 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

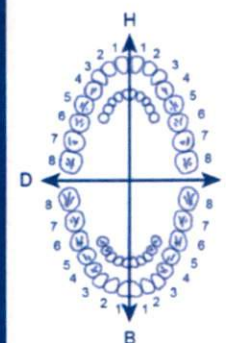
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

EXAMED

LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007 - INPE : 093000404
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Prefecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22

Taoufik LOUANJLI
Pharmacien-Biologiste

N° 2305648

DIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Nom/Prénom : **Madame MOUJRID Mina**

Casablanca le : 10/06/2023

Medecin : **Dr Zineb SLAOUI DIOURI**

| Analyses | Clé | Cotation |
|--------------------------------|---------------|----------|
| ANTICORPS ANTI-THYROPEROXYDASE | B | 200 |
| ANTICORPS ANTI-THYROGLOBULINE | B | 200 |
| T.S.H. | B | 180 |
| Montant en Dhs: | 660.00 | |

Arrêtée la présente facture à la somme de: Six Cent Soixante Dirhams

EXAMED
LABORATOIRE
TAOUFIK LOUANJLI
PHARMACIEN-BIOLOGISTE
AV. 10 MARS
PLACE DE LA PREFECTURE
SIDI OTHMAN
CASA - TEL.: 05 22 59 95 95
WHATSAPP : 06 50 34 98 22

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
بالموعد

Casablanca, le : : الدار البيضاء، في

11- Nougria mint

Iskus

Ac anti 170

Ac anti Hypoglycémie

EXAMÉD
LABORATOIRE
TAOUFIK LOUANJLI
PHARMACIEN BIOLOGISTE
15 RUE MEDICAL SIDI OTHMAN AV 10 MARS
CASA 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063

EXAMED

LABORATOIRE

ANALYSES MEDICALES

Taoufik LOUANJLI
Pharmacien Biologiste

DIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Code Patient : 288895
Date du prélèvement : 10/06/23
Dossier édité le : 12/06/2023

Madame Mina MOUJRID
Référence : 100623 536
Dr. Zineb SLAOUI DIOURI

Page: 1/1

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

TSH ULTRASENSIBLE : **2,62** uUI/mL
Technique chimiluminescence-cobas E411 Roche

Valeurs de référence de la TSH(mUI/L) en fonction de l'âge:

| Age | Valeur de référence |
|-------------|---------------------|
| 0 à 6 jours | 0,70 à 15,20 uUI/mL |
| 6j à 3 mois | 0,72 à 11,00 uUI/mL |
| 4 à 12 mois | 0,73 à 8,35 uUI/mL |
| 1 à 6 ans | 0,70 à 5,97 uUI/mL |
| 7 à 11 ans | 0,60 à 4,84 uUI/mL |
| 12 à 20 ans | 0,51 à 4,30 uUI/mL |
| >20 ans | 0,25 à 5,00 uUI/mL |

ANTICORPS ANTI-THYROGLOBULINE (AC ANTI-TG)

Technique ELFA, automate Mini-vidas

Resultat : **< 6,4** U/ml (< 18)

ANTICORPS ANTI-THYROPEROXYDASE (AC ANTI-T.P.O)

Technique ELFA, automate Mini-vidas

Résultat : **< 0,8** U/mL (<8.0)

EXAMED
LABORATOIRE
Taoufik LOUANJLI
Pharmacien - Biologiste
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars
Place de la Prefecture - Sidi Othman, Casablanca
Tél. : 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22
Biologiste