

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

M23-0023597

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3090 Société : RAR
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAMORAH AHMED
 Date de naissance : 01.01.1952
 Adresse : 649 HAY EL ANASSER EL JADIDA
 Tél. : 0675290926 Total des frais engagés : 383,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HOUDA MAROUAN
Pneumologue
Sec. de Pneumologie
Hôpital Med V-El Jadida
INP: 161050216

Date de consultation : 19/10/2023
 Nom et prénom du malade : MEUBAIRI NATAT Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Toux sèche
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-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
13/10/23	Pneumologie			

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
Dr Leila El Joudi	16/10/23	RXZAG	160,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

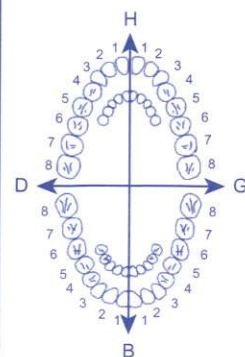
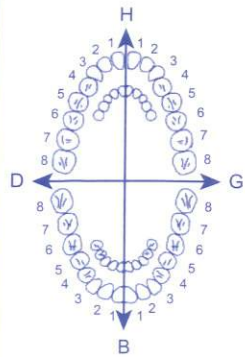
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. SIRRI ILHAM	19/10/23					23,10

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 canalaires, 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>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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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



مستشفى إدوود نخيه
ORDONNANCE

Le 19/09/2023

Dr. Houbairi Nijir



171.70
① Axair 250

PPV: 171.70 DH
LOT: 22005
EXP: 04/2024

AB



② Bébetine 2g

36,60 2g 1/2

③ Temphane sirop

14.80
1c2 x 2 ju



PHARMAS LOT : 4085
UT.AV: 05-26
PPV : 36DH60

PPV 14DH60

El Jadida 6/5/10/2022

Ne Houbir Najat

① Re Thava ——— j —

ju



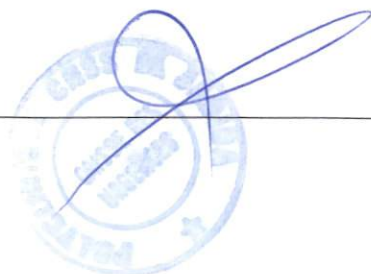

L'HOUIDA MAROUAN
Pneumologue
Service Pneumologie
Hôpital Médical El Jadida
INP : 161050216





N° IPP : 387060		N° SEJOUR : 230026991		FACTURE N° 2303006594		DATE D'ENTREE : 16/10/2023		DATE DE SORTIE : 16/10/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : HOUBAIRI, Najat							
MALADE : HOUBAIRI, Najat											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICAL		Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO RADIO				TOTAUX :		160.00				160.00					
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS						PLAFOND PC :				ACOMPTE :					
						REMISE :		0.00		REGLE :		160.00		AVOIR :	
						RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 16/10/2023				EDITEE LE : 16/10/2023		PAR: R8726		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :									
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA									
				BANQUE :		BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA									
				N° compte bancaire :		011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA									





الضمان الإجتماعي
C N S S

Le devoir de vous protéger

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE – EL JADIDA
Radiologie conventionnelle – Echographie



الضمان الإجتماعي
C N S S

Le devoir de vous protéger

Date : 16/10/2023

NOM ET PRENOM : HOUBAIRI NAJAT

Séjour : 230026991

RX THORACIQUE

RESULTATS :

- Syndrome bronchique lobaire supérieur droit.
A confronter aux données cliniques.

Bien amicalement

Dr Leïla Fatima L.
Radiologue
INPE: 061294773

Dr. NADA BENJELLOUN Ep EL ATIQI

- Médecin Spécialiste
- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

د. ندى بنجلون

طبيبة متخصصة

خريجة كلية الطب بالرباط

Prélèvement du : 06/10/2023 à 09:07

Résultats édités le: 06/10/2023



MME HOUBAIRI NAJAT

Dossier N° 21F157

Prescripteur: Docteur EL AISSI MED

Page: 2/2

HEMOGLOBINE GLYQUEE- HbA1C -

(Technique HPLC sur Automate BIORAD-D10/technique

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 7,7 %

(Technique HPLC sur Automate Biorad D-10)

Antécédent du 30/08/21 - 12:23 : 7,3 %

Absence de variant de l'Hémoglobine

Profil du patient

Sujet non diabétique
Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux
Diabète de type 2 traité par l'insuline
Patients avec insuffisance rénale chronique
Patients avec antécédents cardio-vasculaires
Diabète de type 1
Femme diabétique enceinte ou envisageant de l'être

HbA1C cible

4 à 6 %	20 à 42 mmol/mol
inf à 6,5 %	48 mmol/mol
inf à 7 %	53 mmol/mol
inf à 7,5 %	58 mmol/mol
inf à 8 %	64 mmol/mol
inf à 7 %	53 mmol/mol
inf à 6,5 %	48 mmol/mol

NB: Afin de standardiser l'expression du résultat de l'HbA1C, de nouvelles recommandations préconisent le rendu en double unités, mmol/mol (IFCC) et en pourcentage (NGSP).

Demande validée biologiquement par: Dr NADA BENJELLOUN

Total de pages: 2

Laboratoire d'analyses
biomédicales BENJELLOUN
Dr Nada BENJELLOUN
Médecin biologiste
Tél: 0523370137 - 0701290137
Email: laboratoire.benjelloun@gmail.com

Dr. NADA BENJELLOUN Ep EL ATIOI

- Médecin Spécialiste
- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

د. ندى بنجلون

طبيبة متخصصة

خريجة كلية الطب بالرباط

Prélèvement du : 06/10/2023 à 09:07

Résultats édités le: 06/10/2023



MME HOUBAIRI NAJAT

Dossier N° 21F157

Prescripteur: Docteur EL AISSI MED

Page: 1/2

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate Response R920/R940)

GLYCEMIE A JEUN.....: 1,20 g/l (*) 0,70 à 1,10 g/l
6,67 mmol/l 3,89 à 6,12 mmol/l

Antécédent du 30/08/21 - 12:23 : 1,22 g/l

- 0.70 à 1.10 g/L : Taux normal
- Entre 1.10 et 1.26 g/L : Diminution de la tolérance au glucose
- > 1.26 g/L à 2 reprises : Sujet diabétique
- < 0.92 g/L : Femme enceinte

CREATININE.....: 8,98 mg/l 5,00 à 10,00 mg/l
(Technique: Enzymatique) 79,47 µmol/l 44,25 à 88,50 µmol/l

Antécédent du 30/08/21 - 12:23 : 6,31 mg/l

ACIDE URIQUE.....: 42,90 mg/l 26,00 à 60,00 mg/l
(Technique enzymatique - Uricase -) 255,26 µmol/l 154,70 à 357,00 µmol/l

Recommandations chez un patient goutteux : taux d'acide urique inférieur à 60 mg/L.
(American College of Rheumatology)

Laboratoire d'analyses
biomédicales BENJELLOUN
Dr Nada BENJELLOUN
Médecin biologiste
Tél: 0523370137 - 0701290137
Email: laboratoire.benjelloun@gmail.com