

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.



Déclaration de Maladie

M23-0025197 A 84548

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13465 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Ballita Hamza
 Date de naissance : 03/04/2000
 Adresse : RUE IBN MASA 8MM 28 Apt 2.
 L'Habitat OK Fes
 Tél : 0654647171 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2023
 Nom et prénom du malade : Ballita Hamza Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur Thoracique
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-025197

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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

[illegible]


INPE 14M 62677

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/23	20,60

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
	04/11/23	BMO	ASO,00

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

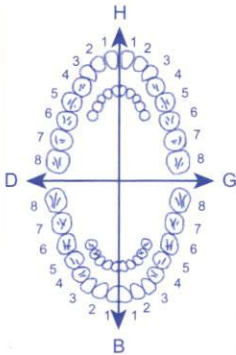
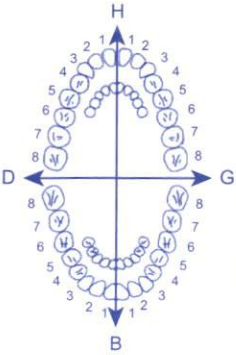
Montant détaillé
des Honoraires

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 style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the central axis. The central axis is labeled with 'H' at the top and 'R' at the bottom. The bridge is labeled with 'D' on the left and 'C' on the right. The arch is composed of several segments, each containing a small circle with a number inside.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		C
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

C A R D I O L O G I E



الدكتور سعد عراقي
Dr. Sâad IRAQI

Cardiologue

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين
طبيب ملحق سابقا بمصلحة القلب والشرابين
بالمركز الإستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس
Ancien Attaché du CHU Hassan II Fès
Service Cardiologie

Fès, le 14/11/23

Ballita Hanzou

10,30 x 2 = 20,60

⊙ Saliprane 1G

20,60

١٠٣٠

PPV: 10DH30
PER: 09/25
LOT: L3209

PPV: 10DH30
PER: 05/26
LOT: M1810



DR. Sâad IRAQI
Cabinet de Cardiologie
Rue Ghassane Kanafani, Espace Bureaux Taiba, Fès - Maroc
Tél.: 05 35 94 02 74 • Urgence : 06 62 26 63 50
sadiraqi07@gmail.com • ICE : 001784614000075 • INPE 141162677

PHARMACIE AVERROES FESSAN LAU
Dr BERRADA Driss
9, Rue Ibn Hajar l'Habitat Dokkarat
FES - 05 35 62 28 90



الدكتور سعد عراقي

Dr. Sâad IRAQI

CARDIOLOGUE

اختصاصي في أمراض القلب والشرائين

طبيب ملحق سابقا بمصلحة القلب والشرائين

بالمركز الإستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس

Ancien Attaché du CHU Hassan II Fès

Service Cardiologie

Fès le: 14/11/23

Bilan Biologique

Nom / prénom : Ballita Hamza

Age : Sexe : H ☐ F ☐

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total |
| <input checked="" type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Lonogramme sanguin | <input type="checkbox"/> HDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> GOT / GPT | <input type="checkbox"/> LDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> GT | <input type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Créatininémie | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> TSH - US |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input checked="" type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie | <input type="checkbox"/> |

Rue Ghassane Kanafani, Espace Bureaux Taiba Fès - Maroc

Tél.: 05 35 94 02 74 • Urgence : 06 62 26 63 50 • Email : sadiraki@yahoo.fr

FACTURE N° : 2311140117

FES : 14-11-2023

Mr BALLITO HAMZA

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
FRAIS	FRAIS	E0	E
	Vitesse de Sédimentation	B30	B
	ASLO (Ac anti-streptolysine)	B80	B

Total des B : 110

Montant total: 150.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams



Docteur : IRAQI SAAD

Prélèvement du : 14-11-2023 à 10 19

Mr BALLITO HAMZA

Dossier N° 2311140117



Page: 1

HEMATOLOGIE

Peritra BOXL Sysmex XT2000i DRG HYBRID XL

VITESSE DE SEDIMENTATION

31-01-2022

1ère heure :

6 mm (<10)

5

2ème heure :

15 mm (<20)

15

IMMUNO-SEROLOGIE

31-01-2022

Anti-Streptolysine O (ASLO)

574 U/ml (0-200)

995

Dr LAABOUDI EL HASSANE

