

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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

N° W21-826126

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9558 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAAFAH HAFID

Date de naissance : 24/10/1969

Adresse : VILLA 046 ZOHOUR 02 MARRAKECH

Tél. : 0661702760 Total des frais engagés : #1346,80 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/12/2023

Nom et prénom du malade : BEN BATOUL ADAL

Age : 42 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Hypothyroïdie / hyperparathyroïdisme

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 : MARRAKECH

Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

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
28/12/23	5	1	300	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/23	455.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28-12-23	B560.02	591.22

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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															

Dr. Hind EL AASSRI

Médecin spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

Lauréat de la FMPM

Diplôme en échographie générale

(Faculté de Médecine de Marrakech)

Diplôme Universitaire en Tumeurs

Endocrines

(Université Paris Descartes)

HE

Dr Hind El Aassri
Endocrinologue

الدكتورة هند العسري

طبيبة اختصاصية في الغدد الهرمونية

مرض السكري والتغذية

خريجة كلية الطب بمراكش

دبلوم في الفحص بالصدى الصوتي

كلية الطب بمراكش

دبلوم جامعي في الأورام الهرمونية

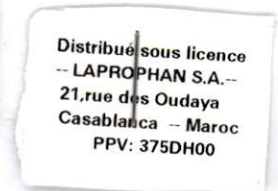
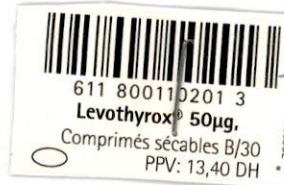
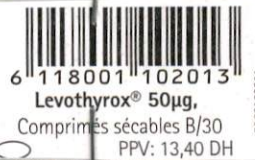
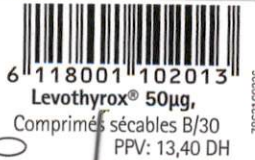
جامعة باريس ديكرارت

28/12/2023

Date

Mme BENBATOUL AMAL

- 1) Levothyrox 50 (4 mois)
1-0-0 (30 minutes avant)
- 2) Levothyrox 25 (4 mois)
1-0-0 (30 minutes avant)
- 3) Dostinex 0.5 (4 mois)
2 cp par semaine



صيدلية الصمالية
PHARMACIE LA PROVINCE
Mme IDEAB SANHAII
Route de Fae Ma 10 - Marrakech
Tél : 05 24 44 77 88 / GSM : 05 24 44 77 88
INPE : 072038219 / ICE : 001820080000077

Dr. Hind EL AASSRI
Médecin Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
et Nutrition

Abdelkarim Khattabi - Rés. Rokaya N° 3
Marrakech - Tél : 05 24 44 77 88 / GSM : 05 24 44 77 88

RDV CS le, 26/04/2024

RDV

180, Résidence Rokaya Av. Abdelkarim El Khattabi, N° 308 3^{ème} Etage (à côté de la pharmacie Anoual et devant la chambre d'agriculture) Guéliz - Marrakech

INP : 071170989 - ICE : 001603862000018 - IF : 1597828 - CNSS : 4650562 - E-mail : he.endocrino@gmail.com - Tél. : 05 24 44 77 88 / 06 09 95 95 03

Date : 27.12.2023

//

Mme BENBATOUL AMAL

- ACIDE URIQUE
- CRÉATININE
- PROLACTINÉMIE (20 MINUTES
- TSH
- DE REPOS)

Dr. Hind EL AASSRI
Medecin Spécialiste en
Diabétologie, Maladies Métaboliques
et Nutrition
Abdelkrim Khattabi, Rés. Rokaya, N°30B
Marrakech - Tel : 05 24 44 77 88 / GSM : 06 62 19 80 55

مختبر بيوسير للتحاليل البيولوجية الطبية
LABORATOIRE BIOCENTRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
N°34, Rce Al Hadika Al Koubra,
Rue Ibn Aicha, Guéliz - Marrakech
Tel : 0524 45 80 81 - Fax : 0524 45 70 79
Gsm : 06 62 19 80 55

RDV : 06.12.23

Note d'honoraires

Code patient : 220301013

Dossier du : 27-12-2023

Organisme :

Dr : EL AASSRI HIND

Patient : Mme BENBATOUL Amal

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Total
9105	Prélèvement sanguin	E11	11.00 MAD
0100	Acide urique	B30	33.00 MAD
0111	Créatinine	B30	33.00 MAD
0158	Prolactine	B250	275.00 MAD
0163	TSH	B250	275.00 MAD
Total			627.00 MAD

Total des B : 560

Coefficient : 1.10

Remise : -36.00

Total à Régler : 591.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-onze dirhams

مختبر بيوسنتر للتحاليل البيولوجية الطبية
LABORATOIRE BIOCENTRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
N°34, Rce Al Hadika Al Koubra,
Rue Ibn Aicha, Guéliz - Marrakech
Tél : 0524 45 80 81 - Fax : 0524 45 70 79
Gsm : 06 62 19 80 55

- Spécialiste des Hôpitaux des Armées (Val De Grâce-Paris)
- Ex. Enseignant aux Facultés de Médecine - Rabat et Marrakech
- Ex. Biologiste à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech
- Diplôme Inter Universitaire : "Infertilité masculine et AMP" (Andrologie). Universités Toulouse et Montpellier.
- Diplôme universitaire "Assistance Médicale à la Procréation: prise en charge clinique, biologique et génétique" Université de Montpellier-France.
- Diplôme Universitaire : "Assurance Qualité en Biologie Médicale. Université Paris V.
- Diplôme Universitaire : "Auditeur qualité en biologie médicale (ISO15189 vs 2012). Université Paris Descartes - umôss
- ISO 9001 : 2015 Lead Auditor (IRCA)



N°34, Rce Al Hadika Al Koubra Rue Ibn Aicha,
 Guéliz - Marrakech
 Tél. : 0524 45 80 81 - Gsm : 0662 19 80 55
 Tél/Fax : 0524 45 70 79

Email : laboratoirebiocentre@gmail.com
 Site Web : www.laboratoire-marrakech.com

Prescripteur : Dr EL AASSRI HIND**INPE : 073061004****Dossier enregistré le : 27-12-2023 à 09:22****Prélèvement le : 27-12-2023 à 09:46****Lieu du prélèvement : au labo****Edité le : 27-12-2023 à 12:42****Mme BENBATOUL Amal****Né(e) le : 13-10-1976 (47 ans)****Code patient : 220301013****Dossier N° : 231227010**

NB : Pour les échantillons biologiques reçus, les résultats sont sous réserve
 d'une vérification de l'identité du patient par le prescripteur.

COMPTE RENDU D'ANALYSES**Laboratoire ACCRÉDITE N° AA 08/2022**Portée disponible sur www.mcinet.gov.ma

Seules les résultats identifiés par le symbole * sont couverts par l'accréditation.

ANALYSES DE BIOCHIMIE

Nature d'échantillon: Sang

Créatinine (Jaffé)

(Méthode de Jaffé / Cobas C311)

Débit de filtration glomérulaire (DFG):

9.70 mg/L (6.00-11.00)

85.8 µmol/L (53.1-97.4)

66 mL/min/1.73m² (60)**Acide Urique**

(Uricase/PAP)

41 mg/L (24-57)

244 µmol/L (143-339)

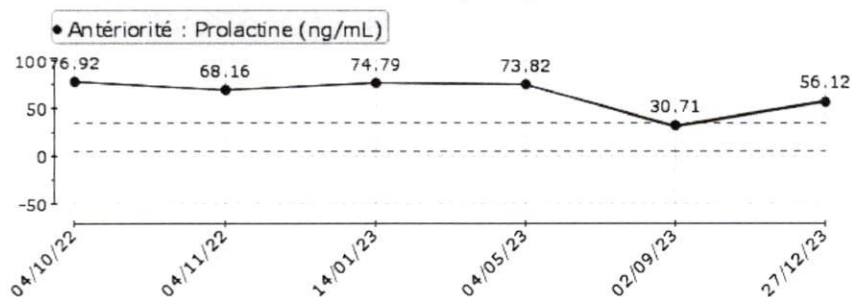
Validé par : **Dr Y. EL JAHIRI**

مختبر بيوسنتر للتحاليل البيولوجية الطبية
 LABORATOIRE BIOCENRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
 N°34, Rce Al Hadika Al Koubra,
 Rue Ibn Aicha, Gueliz - Marrakech
 Tel 0524 45 80 81 - Fax 0524 45 70 79
 Gsm : 06 62 19 80 55

BILAN ENDOCRINIEN**Prolactine**
(ELFA sur Vidas/Biomérieux)**56.12** ng/mL (5.00-35.00)

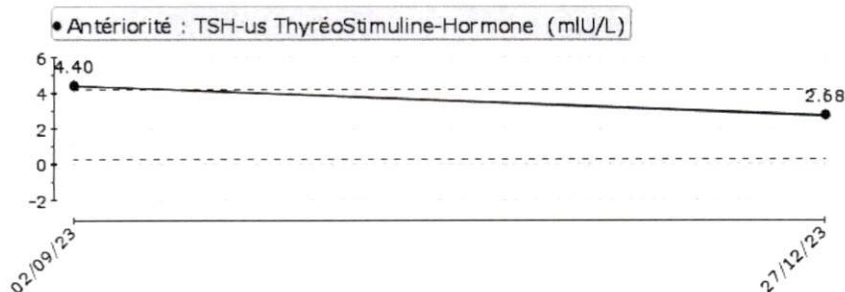
02-09-2023

30.71

Résultat contrôlé. A confronter aux données cliniques
et thérapeutiques**TSH-us : ThyroStimuline-Hormone**
(ECL/sandwich COBAS E411/Roche)**2.68** mIU/L (0.27-4.20)

02-09-2023

4.40

Validé par : **Dr Y. EL JAHIRI**

مختبر بيوستار للتحاليل البيولوجية الطبية
LABORATOIRE BIOCENTRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
N°34, Rce Al Hadika Al Koulba
Rue Ibn Aicha, Gueliz - Marrakech
Tel 0524 45 80 81 - Fax 0524 45 70 79
Gsm : 06 62 19 80 55