

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Laboratoire SEKKAT



MOUFTAH Soumia

068 - 150DH

e Maladie

32305

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05013

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIRI MOHAMED

Date de naissance : 02-06-1961

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0701105004

Total des frais engagés : #660,10#

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 52

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 : Beersheva

Le : 09/01/2018

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-832305

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 : 5013

Nom de l'adhérent(e) : SABIRI

Total des frais engagés : #660,10#

Date de dépôt :

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
27/12/23	CA		150,5	
09/1/24	CA		U	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/2023	175,10
	09/01/2024	185,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE D'Analyses Médicales Réception	29/12/23	0,250	150,00

[illegible]

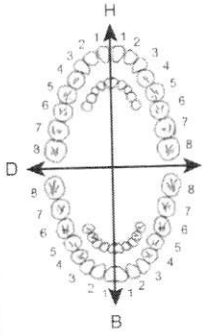
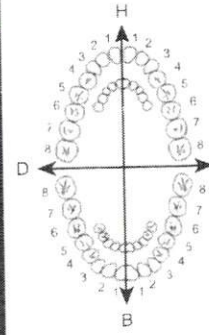
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>				<input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> <div> <p>Montant des Honoraires</p> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/>
					DATE DU DEVIS
					<input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION
					<input type="text"/>

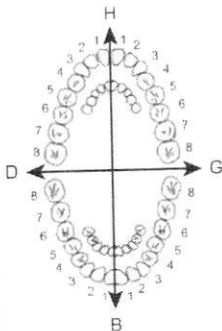
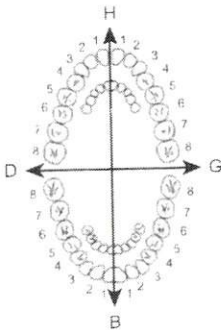
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<sup>1</sup> Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

important :

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

<div>SOINS DENTAIRES</div> <div></div>	<table><tr><th>Dents Traitées</th><th>Nature des Soins</th><th>Coefficient</th><th>Montant des Honoraires</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires																																																									<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div></div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div></div>
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires																																																											
<div>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</div> <div></div>	<div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div><table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00500000</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 colspan="2">B</td></tr></table></div> <table><tr><th>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</th><th>Montant des Honoraires</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	H		25533412	21433552	00500000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																													<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div></div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div>																
H																																																														
25533412	21433552																																																													
00500000	00000000																																																													
D	G																																																													
00000000	00000000																																																													
35533411	11433553																																																													
B																																																														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																																																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mouna TAMIM**

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INP

Berrachid, le

27-12-2023

LOT : 6653

PER : 08-25

P.P.V : 58 DH 30

Mouftah Soume

58,30

1) Megafon 100

18 x 3/4

47,80

2) Daseu

2 fl

2 x 8

69,00

3) Kalmanes

1 fl

2 x 8

175,00

Pharmacie Alla

Bd Med V, Cité Al Wahda

Locaux N°4 et 5, Berrachid

Tél : 05 22 32 48 38

LOT : 230556

DLUO : 06/2026

69,00 DH

laboratoires Deva Pharmaceu  
J.OUAJDI Pharmacien Responsab

41, زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفونسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 09-04-2023

برشيد، في

nouftah

185,00  
Pharmacie Alla  
3d Med V, Cité Al Wanda  
Locaux N°4 et 5, Berrachid  
Tél : 05 22 32 48 38

Oxyfluor 250  
a 2/8

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
Omnipraticienne  
41 Rue Tariq Ibnou Ziad Etg.1  
Berrachid / Tél: 05 22 32 44 44  
Gsm: 06 76 45 48 49



41, زينة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université  
de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

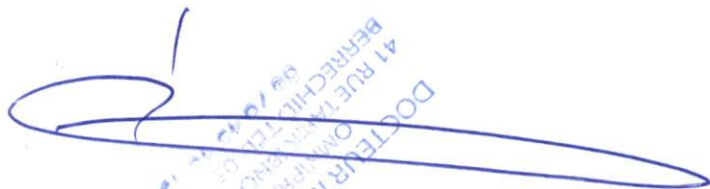
من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 27-12-23 في برشيد

Mouftah Soumei

1/5 HOS



LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Dr. SEKKAT Med  
Lot El. Youssef N° 12 Berrachid

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
41 RUE TARIQ IBRAHIM ZIAD  
BERRACHID TEL : 05 22 32 44 55

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

# Laboratoire Sekkat d'analyses médicale

**Docteur Mohamed Sekkat**  
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et  
Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid  
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : [laboratoiresekkat@gmail.com](mailto:laboratoiresekkat@gmail.com)  
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

## Facture

N° facture : 2023-14729

Patient : Mme MOUFTAH Soumia

Edité le : 29/12/2023

Date prélèvement : 29/12/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	250	250,00
<b>Total B</b>	250	250,00
<b>APB</b>	1,0	0,00
<b>Total de Remise effectuée</b>		100,00
<b>Total</b>		150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams\*\*\*

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Réception



# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

ΓΧΤ.Θ.Ο ΟΖΖ.Ε ΗΞΤ.Λ.ΗΞΗ.ΕΞΞΘΘΞΞ.

Dr. Mohamed SEKKAT  
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Pvt du: 29/12/2023

Mme MOUFTAH Soumia

Edition du : 29/12/2023

Né(e) le : 04/12/1971

Dossier N° : 10A36402068



C.I.N : BK133750



Page : 1 / 1

## HORMONOLOGIE (ACCESS II)

Valeurs Usuelles

Antériorité

**TSH-us : Thyroestimuline-Hormone** 0,855  $\mu$ UI/ml  
(Technique : Chimiluminescence (ACCESS II))

Interprétation:

Adultes : 0.27 - 4.9  
0 - 3 jours : 5.17 - 14.6  
4 - 20 jours : 0.43 - 16.1  
2 - 12 mois : 0.62 - 8.05  
2 - 6 Ans : 0.54 - 4.53  
7 - 11 Ans : 0.66 - 4.14

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Dr. SEKKAT Med  
Lot El Youssef II N° 12 Berrechid