

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° S19-0018370

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9253 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : L.A. BARTIA/Abdelouah Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 78 84 40 56 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 29/08/2019

Nom et prénom du malade : Baby Fatima Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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) : ..... 

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018370

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 : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W19-403391	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de 3 mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W19-403391

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 9253
Nom & Prénom LAABARTIA/ABDELWAHHAD		
Fonction : Agent Com.	Phones : 0678844056	
Mail ALAABARTIA@RoyalAirMaroc.com		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient Bahy Fatima	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 29.08.2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Rhumatisme		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C/S		
<b>PHARMACIE</b>	Date	
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : 29/08/19
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B700 + p.c.1,5	720,00	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr. IDTALAB BADR  
N° 378 Im. Charaf Mhamid 3  
App. N° 1 Marrakech  
Tél : 05 24 37 14 07



## ORDONNANCE

Date: 29/08/2019

B.O. : AR / N° 099185

Nom & Prénom : Me. BATHY Fatima

25 (OH) vitamine D<sub>3</sub>

Catibolémie de 08400

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr. IDTALAB BADR  
N° 378 Imm. Charaf Mhamid 3  
Appt. N° 1 Marrakech  
Tél : 05 24 37 14 07

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr. IDTALAB BADR  
N° 378 Imm. Charaf Mhamid 3  
Appt. N° 1 Marrakech  
Tél : 05 24 37 14 07

Signature et cachet du médecin  
Dr. Marjane AHYAN  
Service de Médecine Interne  
Centre Hospitalier Mohammed VI

# LABORATOIRE L'AEROPORT D'ANALYSES MEDICALES

Dr. IDTALAB BADR  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Tél : 05 24 37 14 07  
labo.aeroport@gmail.com

Lot N° 378 Mhamid 3, Immeuble CHARAF  
1er étage Apt. N° 1  
MARRAKECH

I.F : 18793916  
CNSS : 4917813  
T.P : 67194315  
ICE : 001689870000079  
INPE : 073061418

Marrakech le 29 août 2019

Mme BAHY FATIHA

FACTURE N°	6009		
Analyses :			
Vitamine D -----	B	450	Total : B 700
Cortisol Plasmatique de 8 h AIA -----	B	250	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		720,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Sept Cent Vingt Dirhams

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr. IDTALAB BADR  
N° 378 Immeuble Charaf Mhamid 3  
Apt. N° 1 Marrakech  
Tél : 05 24 37 14 07



# LABORATOIRE L'AEROPORT

## D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Badr IDTALAB

- Pharmacien Biologiste
- Biochimie clinique
- Hematologie
- Immunologie
- Bacteriologie médicale - Virologie
- Parasitologie - Mycologie
- Biologie de la reproduction



# مختبر المطار

## للتحليلات الطبية

الدكتور بدر إد الطالب

- صيدلي إحيائي
- علم الكيمياء الحيوية
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الجراثيم - علم الفيروسات
- علم الطفيليات
- بيولوجيا التكاثر

Enregistrement du : 29/08/19

Prélèvement effectué à 08:00

Edition du : 29/08/19

Mme BAHY FATIHA

Réf. : 19H1797

HOPITAL MOHAMMED VI

Page : 1/1

### VITAMINES

Normales

Antériorités

Vitamine D ( D2 + D3) ----- : 20,30 ng/ml

( Technique ELFA VIDAS BIOMERIEUX )

Déficient	: < 20	ng/ml
Insuffisant	: 20 à 29	ng/ml
Suffisant	: 30 à 100	ng/ml
Toxicité potentielle	: > 100	ng/ml

### HORMONOLOGIE

Cortisol à 8 h ----- : 4,03 µg/dl

Technique : immunoenzymatique. AIA 360.

#### Interprétation:

Avant midi: 4 - 21

Après midi: < 10

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr IDTALAB BADR  
N° 378 Imm. Charaf Mhamid 3  
Appt. N° 1 Marrakech  
Tél : 05 24 37 14 07