

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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

13/08/2022

Déclaration de Maladie : N° S19- 0001173

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M760 Société : RAN

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : KHAYAT Adil Date de naissance : 24/05/75

Adresse :

Tél : 27.15 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/22

Nom et prénom du malade : 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 : Sane Le : 10/11/22

Signature de l'adhérent(e) : Adil

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

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
19/10/22	1	1	2 m DH	Hayat BENEMAH Médecine Générale Bd El Fakhri Casablanca Tél : 83 50 26

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
86 Bd. M. Lamine Charles de Foucauld Tél : 05 27 81 11 11	20/10/22	B206	200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

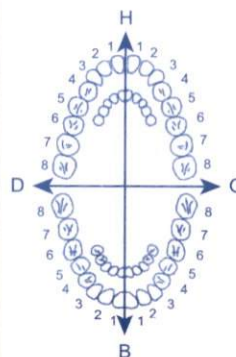
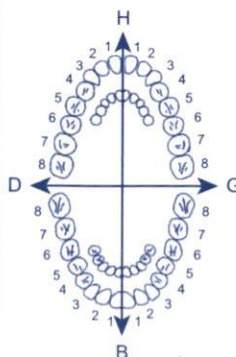
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRISSE I

Dr. Latifa BADRE - Pr Hicham EL ATTAR

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : NEKHAÏAT - Houda ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : FCV

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Radiographies :

Date : 10/05/22 Signature : [Signature]

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
MY IDRISSE I
86, Bd. My Idriss Ier (face à l'école
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél. 0522.86.18.36 / 29 - Casablanca

Docteur Hayat Benlemlih.

MEDECINE GENERALE

Ex.Médecine Attaché aux services
de Gynécologie et Dermatologie
de C.H.U Ibn Rochd
Diplômée en Echographie Générale
Diplômée en Nutrition, Obésité
et Régime du Cholesterol, Diabète
Faculté de Médecine Montpellier - France
Cosmétique Médicale

الدرتورة حبات ابن السليح

الطب العام

طبية ملحقة سابقا بقسم أمراض النساء
والجلد بمستشفى ابن رشد
اختصاصية في الفحص بالصدى
دبلوم في التغذية و السمنة
و حمية الكوليسترول
وداء السكري بجامعة الطب
بمونبولي - فرنسا
الطب التجميلي

Casablanca, le: 30.09.22 في الدار البيضاء،

1/ Mme HOUDA KHAYAT
Fungicon 150 mg (Boite de 4)

1 gel 2 fois / jour

2/ Gynazole 100

4h, 28 x 2

3/ Mycodermine

1 gel x 2 fois / jour

4/ Sedostenil plus

1 gel 2 fois / jour

LOT : 7784
UT. AV : 03 - 25
P. P.V : 44 DH 30

LOT : 7784
UT. AV : 03 - 25
P. P.V : 44 DH 30

153, شارع أبا شويب الدكالي حي الفرح - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 83 50 56
153, Bd. Aba Chouaib Doukkali - Hay Elfarah - Casablanca - Tel.: 05.22.83.50.56



مختبر التشريح النديق مولاي إدريس I
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}
Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 20/10/2022

Nom & Prénom : KHAYAT HOUDA

N° d'examen : 2210C0055

Date réponse : 24/10/2022

FACTURE N° 22/07666

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
FCV monocouche	B206	200,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : Dr L. BADRE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
MOULAY IDRIS I^{er}
86, Bd. My Idriss I^{er} (Face à l'École
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél : 05 22 21 83 24 - 05 22 21 83 25



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس 1

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRISSE 1^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 20/10/2022

Date de réponse : 22/10/2022

Sexe : F

Age : - ans

N° d'examen : 2210C0055

Nom et Prénom : Mme KHAYAT HOUDA

Médecin traitant : Dr. BENLEMLIH

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné, après cytocentrifugation et étalement, montre un fond riche en polynucléaires neutrophiles débris cellulaires et histiocytes et renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel et intermédiaire. Les rapports nucléo cytoplasmiques sont conservés, et on note une légère hypertrophie nucléaire mais avec une chromatine fine. Présence également de petits amas de cellules endocervicales normales. Par ailleurs présence de nombreux filaments candidosiques.

CONCLUSION :

- Frottis inflammatoire.
- Candidose vaginale.
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. L. BADRE

Dr BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd. Moulay Idriss 1er, Casablanca
Tél: 0522 86 18 36 / 29
ICE 001633133000057