

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 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

Déclaration de Maladie

N° W21-717512

37730

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09311

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL ASSI Youssef

Date de naissance : 26-09-1973

Adresse : RUE 22 N°9 EL ENABRI BENMACHOUD

Tél. : 666 827885

Total des frais engagés : 1542,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/22

Nom et prénom du malade : EL ASSI Youssef

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Cervicite

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 : BENMACHOUD

Le : 15/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes
21/10/22		CS	300 DH	INP

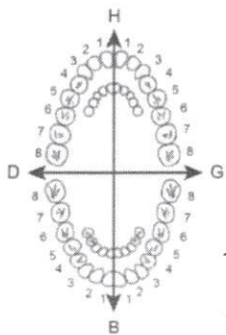
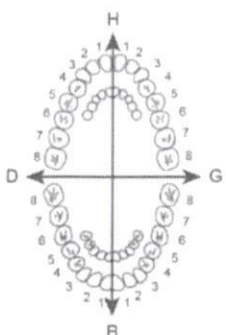
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASJID Dr. T. BELHOUDEM Imm. EL KHERCHID Tél : 05 22 32 86 16 Fax : 05 22 33 75 58	21/10/22	31,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/10/22		923,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS		
		DEBUT D'EXECUTION			
		FIN D'EXECUTION			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX			
		MONTANTS DES SOINS			
		DATE DU DEVIS			
		DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAHIRI

Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Chirurgie Coelioscopique
de l'Université Clermont Ferrand
Master en Echographie Foetale
Diplômée de l'Université Paris 5 Necker

Accouchement - Chirurgie Gynécologique
et Mammaire - Stérilité du Couple
Hystéroscopie - Colposcopie



الدكتورة منى طاهري

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالرباط
خريجة جامعة كليرمون فيراند
في الجراحة بالمنظار
ماستر في الموجات فوق الصوتية الجينية
خريجة جامعة باريس 5 نيكير

الحمل - التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي
الجراحة بالمنظار الداخلي - الكشف بالصدى الصوتي
التنظير الباطني لعنق الرحم - وجوف الرحم - عقم الزوجين

Berrechid le

21/10/22

Nom et Prénom :

Aya

1) TSH

2)

Vit D

3) Feutine

ce 1 apr - Rp.



Docteur Mouna TAHIRI
Gynécologue Obstétricienne
Résidence Haj Ahmed Berrechid - Entrée B Angle Rue
Yaacoub El Mansour Et Av. Mohammed V
Tél : 05 22 32 56 06 - 06 61 33 32 12



061176772

FACTURE N° : 22009133

BERRECHID : 21/10/2022
Nom et Prénom ... : Madame Aya EL ASRI
Prescripteur : Dr. Tahiri mouna

Bilan :

NFS B80+ FERR B250+ TSH B200+ VITD B300+

Montant Net : 923,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Neuf cent vingt trois Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE



INPE 063060990



Dr. Tahiri mouna

Date du prélèvement : 21/10/22

Dossier édité le : 21/10/2022

Code Patient : 139926



Mme EL ASRI Aya

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

211022 123

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES	: 4,39	M/ μ l	(3,8 à 5,4)
HEMOGLOBINE	: 12,70	g/dL	(12,5 à 15,5)
HEMATOCRITE	: 37,10	%	(37 à 47)
V.G.M	: 84,51	μ 3	(82 à 98)
T.C.M.H	: 28,93	pg	(>OU= 27)
C.C.M.H	: 34,23	%	(32 à 36)

PLAQUETTES	: 313 000	/mm ³	(150 000 à 400 000)
------------	-----------	------------------	---------------------

GLOBULES BLANCS	: 9 360,00	/mm ³	(4 000 à 10 000)
-----------------	------------	------------------	------------------

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	.. : 52,00	%	
Soit	: 4 867,20	/mm ³	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	.. : 2,000	%	
Soit	: 187,2	/mm ³	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES : 0,00	%	
Soit	: 0,0	/mm ³	(0 à 200)
LYMPHOCYTES : 38,00	%	
Soit	: 3 556,8	/mm ³	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES : 8,00	%	
Soit	: 748,8	/mm ³	(200 à 1 000)
TOTAL : 100,00	%	

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

FERRITINE	: 32.92	ng/ml	13 à 232
-----------	---------	-------	----------

Par Chimiluminescence sur Architect Abbott

TSH (THREOSTIMULINE)	: 1,26	μ IU/ml
----------------------	--------	-------------

Par Chimiluminescence sur Architect Abbott

Valeurs attendues

Euthyroidie 0,25 à 5 μ IU/mlHypothyroidie < 0,15 μ IU/mlHyperthyroidie > 7 μ IU/ml

INPE 063060990



Dr. Tahiri mouna

Date du prélèvement : 21/10/22

Dossier édité le : 21/10/2022

Code Patient : 139926



Mme EL ASRI Aya

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

211022 123

VITAMINES

ARCHITECT PLUS CI4100

Valeurs de référence

Antécédents

VITAMINES D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Résultat : 12,10 ng/ml
Soit : 30,25 nmol/l

Interprétation :

Carence	: < à 10	ng/ml
Insuffisant	: 10 - 29	ng/ml
Normal	: 30 - 100	ng/ml
Toxicité	: > à 100	ng/ml



INPE 063060990



Lot: 22023

À utiliser de

préférence avant le: voir Etiquette flacon

PPC: 79,50 DH

Diplomée de l'Université

Accouchement - Chirurgie Gynécologique
et Mammaire - Stérilité du Couple
Hystérocopie - Colposcopie

Berrechid le

Nom et Prénom :

21/10/22
Aya EL ASRI

الدكتورة منى طاهري

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالرباط

خريجة جامعة كليرمون فيران

في الجراحة بالمنظار

ماستر في الموجات فوق الصوتية الجينية

خريجة جامعة باريس 5 نيكير

الحمل-التوليد-جراحة أمراض النساء-أمراض الثدي

الجراحة بالمنظار الداخلي-الكشف بالصدى الصوتي

التنظير الباطني لعنق الرحم-وجوف الرحم-عقم الزوجين

29/10

Cou de dox

TVX 21; pH 8

21/10/22

TVX 21; pH 8

op. le 29/10

21/10/22

21/10/22

21/10/22

PHARMACIE AL MASJID
Dr. T. EL MOKADEM



061176772

إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B زاوية يعقوب المنصور وشارع محمد الخامس الطابق 1 الرقم 2 (قرب مختبر التحاليل ابن سينا) - برشيد

Résidence Haj Ahmed Berrechid . Entrée B Angle Rue Yaacoub El Mansour Et Av. Mohammed V

1er Etage Appt n°2 - (Acôté du Laboratoire d'Analyses Ibn-Sina) - Berrechid

Tél. : 05 22 32 56 06 - 06 61 33 32 12 : الهاتف E-mail : m.mounatahiri@gmail.com :

البريد الإلكتروني

I.F : 18814962 - Patente : 40700315 - ICE : 001764197000034

Ofiken[®] 200
Céfixime 16 Co

LOT 221012

EXP 03 24

PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

