

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° W19-594832

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **8326** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **165599**

Nom & Prénom : **DRIOUCHE LOTFI**

Date de naissance : **19/06/65**

Adresse : **92 RUE INAN MOUSLEM 04555**

Tél. : **0667396306** Total des frais engagés : **503,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LEBBAR Med EL GHALI
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique - FIV- ICSI
38, Bd Bir Anzarane Maârif Casa
Tél: 0522 25 35 31/39

Cachet du médecin :

Date de consultation : **06/06/2023**

Nom et prénom du malade : **DRIOUCHE LYNA** Age : **24**

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 : **MAHRA** Le : **06/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

16 JUIN 2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | CG | | CG | INP : <input type="text"/> |
| | Cx | | | Dr. LEBBAR Med EL GHALI |
| | | | | Gynécologie - Infirmité |
| | | | | Obstétrique - FIV - ICSI |
| | | | | 38, Bd Bir Anzarane Maarif Casa |
| | | | | Tél: 0522 25 35 34 39 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 05/06/2023 | B 320 | 503,50 dhs |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 :

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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------------|-------------|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|---|
| | | | | 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 <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table> | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et coelioscopique

Coelioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

الدكتور محمد الغالي البار

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي و الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي

• أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le 05/06/2023

Mlle DRIOUECH Lina

NFS - Ferritine



Dr. LEBBAR Med EL GHALI
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique - IV - ICSI
38, Bd Biranzarane Médicif Casa
Tél: 0522 25 35 31/39

العيادة: إقامة النور، شارع بترانزان • الدار البيضاء

Cabinet : Rés. Enmour - 38, Bd. Biranzarane - Maârif
5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca
Tél. : 05 22 25 35 31 / 39 : الهاتف • Fax : 05 22 25 35 39 : الفاكس
ICE : 001687653000089

En cas d'urgence

في حالة إستعجال

FACTURE N° 2306053155
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 05/06/2023

INPE : 093002574

Mlle Lyna DRIOUECH

Demande N° 2306053155

| Récapitulatif des analyses |
|---|
| Analyse |
| Prise de sang Adulte Ferritine Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) |

Total des B : 330

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **503.5 DH** *

cinq cent trois dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



C



BIOCHIMIE

Ferritine:

(ECLIA sur Cobas 6000)

Changement de technique à compter du 25/09/2021

7,0 ng/ml

(13,0-150,0)

16/01/2023

<5,0

Domaine de référence pour les adultes :

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml

Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

Domaine de référence pour les enfants :

< 1 an : de 12 à 327 ng/ml

de 1 à 3 ans : de 6 à 67 ng/ml

de 4 à 6 ans : de 4 à 67 ng/ml

de 7 à 12 ans filles : de 7 à 84 ng/ml

de 7 à 12 ans garçons : de 14 à 124 ng/ml

de 13 à 17 ans filles : de 13 à 68 ng/ml

de 13 à 17 ans garçons : de 14 à 152 ng/ml

Ce dossier a été imprimé en partiel

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI



LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2306053155**

Résultats de : **Mlle DRIQUECH Lyna**

Né(e) le : **10/09/1998** – 24 ans

N° CIN :

Date du prélèvement : 05/06/2023 15:01. JAM

Edition du : 10/06/2023 à 10:13

OUZZANI

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu partiel >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

| | | | | |
|---------------|--------------|----------------------------------|---------------|------------|
| | | | | 16/01/2023 |
| Leucocytes : | 6,14 | 10 ³ /mm ³ | (3,90–10,20) | 7,15 |
| Hématies : | 4,35 | 10 ⁶ /mm ³ | (3,90–5,20) | 4,42 |
| Hémoglobine : | 10,70 | g/dL | (12,00–15,60) | 10,60 |
| Hématocrite : | 33,2 | % | (35,5–45,5) | 33,6 |
| VGM : | 76,3 | fL | (80,0–99,0) | 76,0 |
| TCMH : | 24,6 | pg | (27,0–33,5) | 24,0 |
| CCMH : | 32,2 | g/dL | (31,5–36,0) | 31,5 |
| RDW : | 17,1 | % | (0,0–18,5) | 15,5 |

Formule leucocytaire :

| | | | | |
|--------------------|-------|----------------------------------|---------------|-------|
| Neutrophiles : | 71,5 | % | | 71,4 |
| Soit: | 4 390 | /mm ³ | (1 400–7 700) | 5 105 |
| Eosinophiles : | 0,8 | % | | 1,1 |
| Soit: | 49 | /mm ³ | (20–580) | 79 |
| Basophiles : | 1,0 | % | | 1,0 |
| Soit: | 61 | /mm ³ | (0–110) | 72 |
| Lymphocytes : | 18,6 | % | | 17,8 |
| Soit: | 1 142 | /mm ³ | (1 000–4 800) | 1 273 |
| Monocytes : | 8,1 | % | | 8,7 |
| Soit: | 497 | /mm ³ | (150–1 000) | 622 |
| Plaquettes: | 277 | 10 ³ /mm ³ | (150–450) | 315 |

Dossier n° 2306053155 – Mlle Lyna DRIQUECH

1 / 2

