

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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030408

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0257 Société : 181602

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SEMCAG NEZHA

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0614228004 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

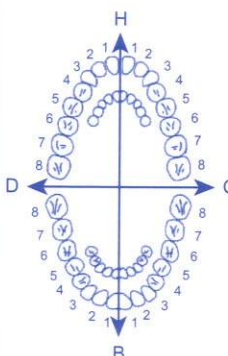
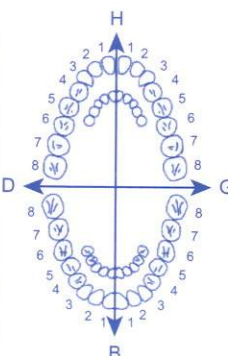
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>																
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



13 SEPT 2023

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

M. SEMLAU

NEZHA

ANALYSES BIOLOGIQUES

Examen du sang :

- ☐ NFS / Pq
- ☐ CRP
- ☐ VS
- ☐ Procalcitonine
- ☐ Fer sérique
- ☐ Ferritine
- ☐ Glycémie à jeûn
- ☐ HBA 1C
- ☐ GPP
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique
- ☐ Cholestérol ☐ HDL ☐ LDL
- ☐ Triglycérides
- ☐ SGOT ☐ GPT ☐ GGT
- ☐ Bilirubine
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ CPK
- ☐ LDH
- ☐ Aldolase
- ☐ Troponine
- ☐ Inogamme
- ☐ Calcium
- ☐ Mg⁺ sérique
- ☐ Mg⁺ Globulaire
- ☐ Phosphore

- ☐ TP ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ Vit D
- ☐ Cortisolémie 8h et 16h
- ☐ PSA
- ☐ CLA 30 Trophallergènes
- ☐ CLA 30 Pneumallergènes
- ☐ IgE Totaux
- ☐ ASLO
- ☐ Facteur Rhumatoïde
- ☐ Complément : C2 - C3 - C4 - CH50
- ☐ Anticorps anti - DNA natifs
- ☐ AC Antinucléaires
- ☐ VDRL - TPHA - quantitatifs
- ☐ Sérologie Syphilitique IgM
- ☐ Sérologie HVC
- ☐ AgHBS ☐ ACHBC ☐ ACHBS
- ☐ Sérologie HVA IgM
- ☐ HIV
- ☐ TSH ☐ T3L ☐ T4L
- ☐ ACTPO
- ☐ AC Thyroglobuline
- ☐ AC Antitransglutaminase : IgA - IgG
- ☐ ECA

Examens d'Urines

- ☐ ECBU ☐ ATB
- ☐ Protéinurie /24h
- ☐ Microalbuminurie /24h
- ☐ Compte d'addis

Examens de selles

- ☐ Parasitologie ☐ Coproculture

Prélèvements Génitaux

- ☐ Vaginal ☐ Urétral
- ☐ Chlamydiae ☐ mycoplasme
- ☐ AntibioGramme
- ☐ FCV

Examens Mycologiques

- ☐ ED - Culture
- ☐ Spermiogramme
- ☐ Spérmoculture

Autres

LABO SOCRATE
مختبر التحاليل الطبية سقراط
Laboratoire de Biologie Médicale Socrate
rés. Maarouf, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 23 34 03 / 05 22 23 34 65 - Fax : 05 22 25 85 03
Email : labo.socrate@maara.ma

Dr. Khalid LAMNIAI
Dermato-VENEROLOGUE
Cabinet Dr. Khalid Lamniai
Casablanca - Tél : 05 22 90 04 17

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وشارع عبد الهادي بوطالب الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثابت : 05 22 90 04 17 - الهاتف / الفاكس : 05 22 89 19 35

محمول العيادة : 06 69 88 00 95 - GSM cabinet : 06 69 88 00 95 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - Code Postal : 20.230

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

85, Bd Yacoub El Mansour- CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03; Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35807802 - CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie - Virologie

FACTURE N° : 230003787

Total des B : 1180

TOTAL DOSSIER : 1606.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille six cent six dirhams vingt centimes

LABO SOCRATE

مختبر التحاليل الطبية سقراط
Laboratoire de biologie médicale Socrate
Rés. Mansour, Pte Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo.socrate@menara.ma

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091 ICE 000114556000027

INPE 0093001964



Dr. Abdellatif LOUDGHRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 230003787

CASABLANCA le 14-09-2023

Mme Nezha SEMLALI

Demande N° 230914A004

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 14-09-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS	Prélèvement sang	E25	E	25.00 MAD
0347	Auto anticorps anti nucléaires 150 201	B150	B	201.00 MAD
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B	67.00 MAD
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B	67.00 MAD
0106	Cholestérol total	B30	B	40.20 MAD
0111	Créatinine	B30	B	40.20 MAD
0370	CRP	B100	B	134.00 MAD
0118	Glycémie	B30	B	40.20 MAD
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B	67.00 MAD
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B	134.00 MAD
0108	Cholestérol H D L	B50	B	67.00 MAD
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
0134	Triglycérides	B60	B	80.40 MAD
	Ac antiDNA natif	B150	B	201.00 MAD
	Ferritine	B250	B	335.00 MAD
Total				1606.20 MAD

LABO SOCRATE
مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire de biologie médicale Socrate
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

230914A004 - Mme Nezha SEMLALI
Date de l'examen : 14-09-2023

BIOCHIMIE SANGUINE

Créatinine jaffé (Dosage cinétique)	7.1 mg/L 62.8 µmol/L	(5.0-11.0) (44.3-97.4)	05-06-2023 6.7
Glycémie à jeun (Hexokinase G6PD-H)	0.88 g/L 4.88 mmol/L	(0.83-1.10) (4.61-6.11)	22-06-2023 1.02
HBA1c (G8 Tosoh)	5.3 %	(4.0-6.0)	22-06-2023 5.7
Cholestérol total (Dosage enzymatique)	2.05 g/l 5.30 mmol/L	(<2.00) (<5.17)	22-06-2023 2.16
Triglycérides (Dosage enzymatique)	0.60 g/L 0.60 mmol/L	(<1.50) (<1.50)	22-06-2023 0.66
HDL-Cholestérol (Dosage enzymatique)	0.71 g/L 1.84 mmol/L	(>0.40) (>1.03)	22-06-2023 0.72
LDL-Cholestérol (calculé selon la formule de Friedwald)	1.22 g/L 3.16 mmol/L	(<1.50) (<3.88)	22-06-2023 1.31
Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	19 UI/L	(10-35)	05-06-2023 18

05-06-2023

LABO SOCRATE
مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél: 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax: 05 22 25 85 0
Email : labo.socrate@menara.ma

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Page 2 sur 3

مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Bactériologie - Biochimie
Hématologie - Mycologie
Parasitologie - Virologie

Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

Code Patient : 150312A007
Date de l'examen : 14-09-2023

Saisie le 14-09-2023 08:22

Mme Nezha SEMLALI
Réf : 230914A004
Prescription : Dr khalid lamniai

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

Leucocytes :	6 300 /mm ³	(3 600-10 500)	05-06-2023 5 980
Hématies :	4.76 10 ⁶ /mm ³	(3.85-5.20)	4.55
Hémoglobine :	14.80 g/100mL	(11.80-15.80)	14.30
Hématocrite :	45.3 %	(35.0-45.5)	43.3
VGM :	95 µ ³	(80-101)	95
TCMH :	31.1 pg	(27.0-34.0)	31.4
CCMH :	32.7 %	(30.0-36.0)	33.0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	54.6 %		51.7
Soit:	3 440 mm ³	(1 500-7 700)	3 092
Polynucléaires Eosinophiles :	0.8 %		0.7
Soit:	50.4 mm ³	(20.0-500.0)	41.9
Polynucléaires Basophiles :	0.6 %		0.5
Soit:	37.8 mm ³	(0.0-200.0)	29.9
Lymphocytes :	35.1 %		39.6
Soit:	2 211.3 mm ³	(1 200.0-6 000.0)	2 368.1
Monocytes :	8.9 %		7.5
Soit:	560.7 mm ³	(100.0-900.0)	448.5
Plaquettes :	195 000 mm ³	(160 000-370 000)	204 000

LABO SOCRATE

Rés. Masaref, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél: 0522 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo.socrate@menara.ma

مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 1 sur 3

Bactériologie - Biochimie
Hématologie - Mycologie
Parasitologie - Virologie

Rés. Masaref, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email: labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

230914A004 – Mme Nezha SEMLALI

Date de l'examen : 14-09-2023

Transaminases GPT (ALAT)
(Dosage enzymatique)

5 UI/L (<33)

6

Gamma glutamyl-transferase (GGT)
(Dosage enzymatique)

19 UI/L (5-36)

05-06-2023

18

Ferritine
(Dosage CMIA)

58.1 ng/mL (15.0-400.0)

05-06-2023

49.8

Protéine C-réactive (CRP)

0.5 mg/L (<5.0)

29-06-2020

0.4

AUTO-IMMUNITE

Recherche d'Anticorps Anti-NUCLEAIRES: (1)

Résultat :
(Orgentec Alegria)
Seuil : < 80

Recherche négative

Recherche d'anticorps anti-DNA
Natif : (1)
(ELISA Gamme Aeskulisa)
Titre :

Recherche négative

5 UI/ml (0-20)

(1) Labo. exécutant : UNITE DE BIOLOGIE SPECIALISEE - ()

DOCTEUR Khalid LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles

الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Pharmacie VITA - SARLAU
Tél: 05 22 98 43 63
FAX: 05 22 98 44 45
pharmacievita@gmail.com
463, Bd Brahim Roudani
Val Fleury Masrif - CASA

Casablanca, le

30/10/2023

الدار البيضاء, في

Mme SEMLALI NEZHA

69,00 x 3
TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DE REPAS)

1 GELULE 1 JOUR SUR 2 PENDANT 6 S.

82,10 x 2
INEXIUM 20MG

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier benou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier benou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

TETRALYSAL 300 mg
Boite de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc

TETRALYSAL 300 mg
Boite de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc

TETRALYSAL 300 mg
Boite de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc

Dr. Khalid LAMNIAI
Bémaro Dermatologue
Angle Bd Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
CASA Tél: 0522 98 04 17

Pharmacie VITA - SARLAU
Tél: 05 22 98 43 63
FAX: 05 22 98 44 45
pharmacievita@gmail.com
463, Bd Brahim Roudani
Val Fleury Masrif - CASA

DOCTEUR Khalid LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

13/09/2023

الدار البيضاء, في

Mme SEMLALI NEZHA

VISAGE

CREME LAVANTE URIAGE

LAVER ET RINCER

TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DE REPAS)

1 GELULE PAR JOUR PENDANT 1 MOIS

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

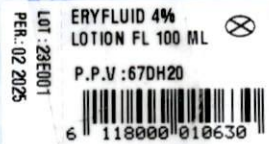
TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

ERYFLUID SOLUTION (UNIQUEMENT SUR BOUTONS)

MATIN ET SOIR



AVENE TOLERANCE CONTROL CREME

LE SOIR

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 89 19 35 - الهاتف/الفاكس : 05 22 90 04 17
Code Postal : 20.230 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 89 19 35 - الهاتف/الفاكس : 05 22 90 04 17
Code Postal : 20.230 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
k = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro-Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 824081

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mme NEZHA SENALI
Matricule : 917 Fonction : Rehaibee Poste :
Adresse : "Résidence Senali" Rue EL Wad Extension Hassan
Tél. : 06 14 22 8004 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SEMLALI NEZHA Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 13 09 2023
Nature de la maladie : Affection Dermatologique
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A : Casablanca, le 13 09 2023 Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Khalid
Bd Sidi Abderrahmane
Casa Tel : 05 22 90 04 17


VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 824081
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :




MUPRAS


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
13.09.23	U	9	3500H	
30.10.23	S	5	3500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/23	205,20
	30/10/23	371,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/09/23	3189 + 149,5	1606,200H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

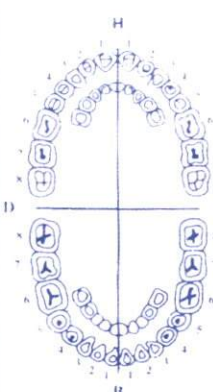
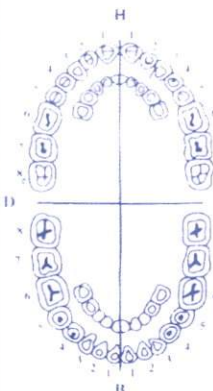
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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