

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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-697685



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1687 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : SACMI AHMED

Nom & Prénom : SACMI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 88 19 63 total des frais engagés : _____ DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/03/2024

Nom et prénom du malade : SACMI AHMED Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Neurologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

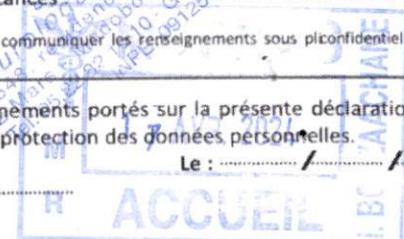
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) :

Le : _____



RELEVE 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
19/03 2024	CH	300	INP : 1111111111111111	
28/03 2024	UR	6	DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHABAB Rue 226 N° 23-25 Hay My Abdellah, Ain Chabab Tel : 0622 52 00 17	19/03/24	1250,00
	28/03/24	281,00

ANALYSES - RADIographies

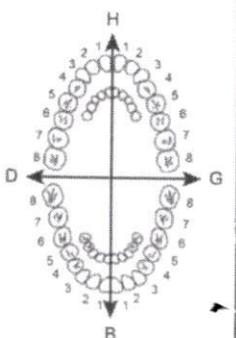
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

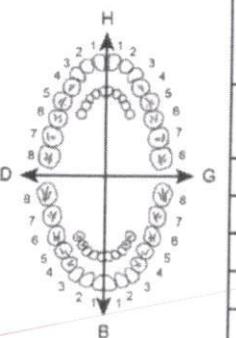
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

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
DRA DIRE D'ANALYSES ICALES BIO AL HOSNA idence Ennakhil Bd Al Qods Casablanca 0522503702 / 0522503703	22/03/24	B+ 330	LABORATOIRE D'ANALYSES ICALES BIO AL HOSNA idence Ennakhil Bd Al Qods Casablanca 0522503702 / 0522503703

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

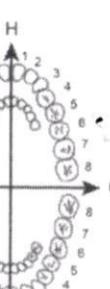
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

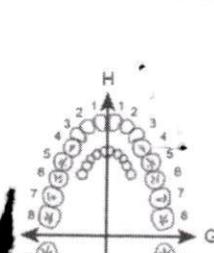
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/>

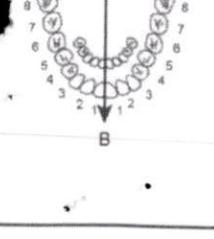
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 spécifiques, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-697707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. :	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 :

~~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° W21-697707

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 :



- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie -UHILC
- Diplôme Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electromyographie (ENMG).

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداع وألم الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

28/03/2024

Casablanca, le :

SALHI AHMED

140,70 X 2

- Seroquel 25 mg - comprimé**
1 comprimé à 21 h 00 pendant 03 mois

SI

PHARMACEUTICAL
Rue 226 N° 23
Jlly Abdellah, Ain Chok Casablanca
Tél : 05 22 52 66 17

281,40

Dr SABIRY S.
Neurologue, EEG,
548 résidence sonnah N° 2
2 Mars Angle Modibo Keita
Tel. 05 22 82 10 10 GSM 05 25 61 10
IV-E. 09 12 56 719 53 45 61 10
SYNTHMEDIC

SYNTHMEDIC
22 rue zoubir bennou al ouaam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg Opqrst
Boîte de 60
26816 DMP 01 NSF P.P.V: 140,70 DH
6 118001 021338

SYNTHMEDIC
22 rue zoubir bennou al ouaam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg Opqrst
Boîte de 60
26816 DMP 01 NSF P.P.V: 140,70 DH
6 118001 021338

محل 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، الطابق 2 شقة 7، إقامة السنة- الدار البيضاء

548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca

05 22 82 10 10 06 53 45 60 46 sara.sabiry@gmail.com

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie -UHIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).



- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في المصادر والألم الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

19/03/2024

Casablanca, le:

SALHI AHMED

279,00 X 2
298,00 ENMG
anglais
ahmed.ca
250715
Madopar 250 mg - comprimé quadrisécable
1/2 - 1/2 - 1/2 - 1/2 - 1/2 - en dehors des repas - (traitement de 1 mois)

226 2344
PHARMAS
RUE
Ivoire
Casablanca
Marina

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50/100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

- Exelon patch 5 - dispositif transdermique
1 patch par 24 heure (traitement de 03 mois)
- Augmentin 1 g / 125 mg - sachet
1 sachet matin, et soir pendant 08 jours

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50/100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50/100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50/100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50/100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH

6 118001 050697

129,00
PHARMACIE CHAAB
Rue 226 N° 23-25 Hay
Mly Abdellah, Ain Chok Casa
Tel: 05 22 52 66 17

DR SABIRY Sara
Neurologist
548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca
2 Mars Residence sunnah - Casablanca
INPE 091256719
Tel: 05 22 82 10 10 GSM 0653 45 50

PER : 07125
LOT : 653460
PPV : 157,20 DH

Dr Sara SABIRY

Neurologue



الدكتورة سارة الصابري

طبية الجهاز العصبي

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie -UHIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في المصاع وآلام الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

Casablanca, le :

19/03/2024

SALHI AHMED

FAIRE SVP :

NFS, PLQ

VS, CRP

UREE, CREAT

NA+ , K+

DR SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca
Tel: 05.22.82.10.10 - GSM: 06.53.45.60.46
INPE: 091256719

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES BIO AL HOSNA
29 Résidence Ennakhil Bi Al Goud
Casablanca
Tel: 0522502202 / 0636353629

محل 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، الطابق 2 شقة 7، إقامة السنة- الدار البيضاء
548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca

05 22 82 10 10 06 53 45 60 46 sara.sabiry@gmail.com

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancienne résidente des Centres Hospitaliers

Universitaires Ibn Sina-Rabat et Ibn Rochd-Casablanca

Ancienne résidente à l'hôpital militaire Mohammed V-Rabat

Diplômée en management de la qualité de l'Université de Bordeaux-France

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
مقيدة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط
و المستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
مقيدة سابقاً بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
حاصلة على دبلوم في إدارة الجودة من جامعة بوردو فرنسا

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMOLOGIE - BIO MOLECULAIRE

FACTURE N° : B202403221025

Date de la Facture : **22/03/2024**

Date des Analyses : **22/03/2024**

Nom du Patient : **Mr. SALHI AHMED**



Code Patient : **017568/24**

Préscripteur : **DR SABIRY SARA**

Récapitulatif des analyses			
ANALYSES :		Val	Clefs
NFS		B80	B
VS		B30	B
CRP		B100	B
U		B30	B
CRE		B30	B
NA		B30	B
K		B30	B

Cotation B: 330

Prélèvement : 0,00 DH

Montant Net : 442,20 DH

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT QUARANTE-DEUX DHS ET VINGT CENTIMES

LABORATOIRE D'ANALYSES
DIAGNOSTIC BIO AL HOSNA
29 Résidence Ennakhil Bd Al Qods
Casablanca
Tél : 0522502702 / 0636363626

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

29 Résidence Ennakhil, Boulevard Al Qods, Ain Chock - Casablanca
رقم 29 إقامة النخيل، شارع القدس، عين الشق، الدار البيضاء

Patente : 34006005 IF: 18811613 ICE: 002154039000013

+ 212 (0) 5 22 50 27 02 / 212 (0) 6 36 36 36 26

bioalhosna@gmail.com



063065098

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
Ancienne résidente des Centres Hospitaliers
Universitaires Ibn Sina-Rabat et Ibn Rochd-Casablanca
Ancienne résidente à l'hôpital militaire Mohammed V-Rabat
Diplômée en management de la qualité de l'Université de Bordeaux-France

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMOLOGIE - BIO MOLÉCULAIRE

Casablanca, le : 13 avril 2024

Prélèvement du : 22/03/2024 à 11:59

IPP : 017568/24

DUPLICATA

Mr SALHI AHMED

Référence : 240322698

Prescripteur : DR SABIRY SARA

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS) (Cytométrie en flux - Celltac G/Sysmex 2000i)			
Hematies	5.48	10 ⁶ /mm ³	4.5 - 5.8
Hémoglobine	16.01	g/dl	13 - 17
Hématocrite	47.4	%	40 - 50
VGM	86	FL	79 - 97
TGMH	29	pg	27 - 34
CCMH	34	g/dl	32 - 36
Leucocytes	6920	/mm ³	4000 - 10000
Formule Leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles	73.12	%	-
soit :	5060	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles	1.87	%	-
soit :	129	/mm ³	20 - 500
Polynucléaires Basophiles	0.70	%	-
soit :	48	/mm ³	0 - 100
Lymphocytes	18.01	%	-
soit :	* 1246	/mm ³	1500 - 4500
Monocytes	6.30	%	-
soit :	436	/mm ³	40 - 800
Plaquettes	232	10 ³ /mm ³	150 - 450

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

