

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-478883

ND: 31582

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2583 Société : RAN Retraité
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : SARHANI Khadija
 Date de naissance : 27-12-54
 Adresse : Lot TADAROUNE Rue 1 N° 12
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. BENCHARROUNE Nezha
 Néphrologue
 Centre du Rein Moulay Youssef
 INPE : 091031690
 Date de consultation : 23/12/2020
 Nom et prénom du malade : SARHANI Khadija
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hémodys - Polyurie
 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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/3/2020 | G 2 | 300,00 | | INP : DR. BENCHAKROUNE Nezha Nérolage Centre de Santé Moulay Youssef Tél: 091031690 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 02/03/2020 | 302,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

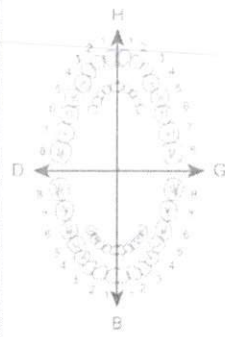
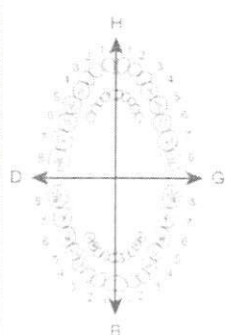
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|-------------------------|--|---|---|--|---|--|--|-------------------------|--|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> <div> <div>055533412</div> <div>00000000</div> </div> </td> <td> <div> <div>01433553</div> <div>00000000</div> </div> </td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p> | | | H | | | D | <div> <div>055533412</div> <div>00000000</div> </div> | <div> <div>01433553</div> <div>00000000</div> </div> | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | | | | | | | | | | | | | | |
| D | <div> <div>055533412</div> <div>00000000</div> </div> | <div> <div>01433553</div> <div>00000000</div> </div> | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 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 | | | | | | | | | | |

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE
Néphrologue



مركز الكلى

مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشقرن
اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

Le 24/3/2020.

PHARMACIE SAIB

PPV: 49.60 D
LOT: 19102/8
EXP: 12/2022

Pharmacie
El Azhari II
2 91 16 54

49.60

N^e Khadija SAEBANI
- Dure forte laupl 1/5. V

66.30

Diltropar 1/2 - 1/2 - 1/2
après repas. S.V

66,30

24.80

PPV: 24DH80
PER: 08/22
LOT: 11883

Maybid forte 1 - 1 - 1
après repas. S.V

62.50

LOT: 192001 1
EXP: 12/2022
PPV: 62.50

3 pas 1 - 1 - 1
après repas. S.V

99.00

LOT: 190342
DLUO: 10/2022
99.00DH

Relaxium 300 0 - 0 - 2. S.V

302.20

HA01 m3
DR. BENCHAKROUNE
Néphrologue
Centre du Rein Moulay Youssef
Tél: +212 5 22 22 51 89 / Fax: +212 5 22 29 51 89

Tél: +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax: +212 5 22 29 51 89

E.mail: contact@centrerein.com - site: www.centrerein.com



مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale GÉNÉLAB

"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUEZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحصائي

Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : BENCHAKROUNE N

Centre du Rein : 606 Bd Moulay Youssef Casablanca

Tél : 0522225189 Fax : 0522295189

Casablanca

Edité le : 01/07/2020

Mme SARHANI Khadija

Date naissance: 27/12/1954

Code Patient : 13-05320

MUPRAS PY100%

Dossier créé le : 29/06/2020

Patient prélevé le : 29/06/2020

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 290620-083



Heure création: 11:53

Heure Plvt : 11:53 ± 15 min

Page : 1/2

ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

EXAMEN CYTO-BACT. DES URINES

| | | | | |
|----------------------------|---|------------|-------------|-----------------------|
| Type du Prélèvement | : | Urines | | Urines (07/04/17) |
| Date du Prélèvement : | : | 30/06/2020 | | |
| Heure de reception au labo | : | 09h30 | | |
| Heure d'analyse | : | 10h00 | | |
| Aspect des urines | : | Clair | | Clair (07/04/17) |
| Couleur | : | Jaune | | Jaune (07/04/17) |
| Examen chimique | : | | | |
| Leucocytes | : | Négatif | | Négatif (07/04/17) |
| Nitrites | : | Negatif | | Négatif (07/04/17) |
| Albumine | : | Négative | | Négative (07/04/17) |
| SANG | : | Négative | | Positive + (07/04/17) |
| Acetone | : | Négative | | Négative (07/04/17) |
| Glucose | : | Négative | | Négative (07/04/17) |
| PH | : | 6 | (4,5 - 7,5) | |

EXAMEN MICROSCOPIQUE:

| | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------|---|---------------|
| Leucocytes | : | 2 élt/mm3 2000,00 elt/ml | (Inférieur à 10) (Inférieur à 10000) | 0 (07/04/17) |
| Hématies | : | 0 élt/mm3 0,00 élt/ml | (Inférieur à 10) (Inférieur à 10000) | 10 (07/04/17) |
| Cellules épithéliales | : | Absence | | |
| Cristaux | : | Absence | | |
| Cylindres | : | Absence | | |
| Levures | : | Absence | | |

Culture Bactériologie et ou Mycologique :

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الألفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م. - Patente : 35051078 - البناتنا - Fax. : 05 22 93 10 61 - الفاكس

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com



مختبر التحليلات الطبية جَنِلَاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab

"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي

Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Mme SARHANI Khadija

Dossier N° :290620-083

Page : 2/2

Resultat : Absence de développement de germes pathogènes.Culture stérile

Numération de germes : <10e3 UFC/ml (Culture sterile)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

Dr. Meriem HAOUANE

Laboratoire Génelab
Oum Rabiaâ
BENAZZOUZ
Oum Rabiaâ - El Oulfa - Casablanca
Tél : 0522 93 10 60 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68
Fax : 0522 93 10 61
E-mail : genelab2@gmail.com
Site web : www.LbmgeneLab.com

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الألفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدرا البيضا

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

الفاكس : 0522 93 10 61 - الهاتف : 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - ت.م : 001084109000068 - INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف : Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.LbmgeneLab.com