

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

- 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 Anglè 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° W19-532343

33856

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13358

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUANI ZAKARIE

Date de naissance : 10/12/1990

Adresse :

Tél : 0662 662 686

Total des frais engagés :

ACCUEIL SIEGE RAM

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ouafae EL JERRARI
Gynécologie Médicale
123, Bd Palestine El Horria
Mohammed!

Date de consultation :

04/10/2020

Nom et prénom du malade :

OU L'HANTICH SAFAA Age: 28ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Grossesse

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) :

[Signature]

[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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> <p>D</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Creation, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

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
	06/04/20	B1810
		2450.00

[illegible]

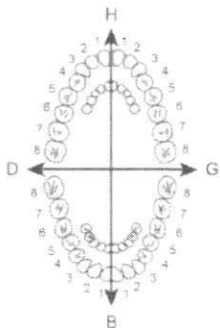
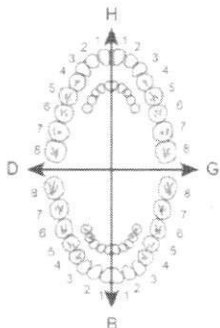
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 60000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 30000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse.			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Gynécologie Médicale

Dr. Ouafae EL JEBARI

Gynécologie Médicale
Université de Strasbourg
Echographie
Université de Paris



الدكتورة وفاء الجباري

طب النساء
جامعة استراسبورغ
الفحص بالموجات ما فوق الصوتية
جامعة باريس

Mohammedia, le : 4/04/2020 : المحمدية، في :

M - CUCPANTICH
S / F A

- gipog
- NFS

- glycémie = jeûn

- TSH

- VIT D

- serlogo = VDRL - TPAN

= Trophob

- Rubéol

- AgHB_s

- AZHt

- HIV 1-2

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
Bd. V - Mohammedia
0523 300 404

Dr. Ouafae EL JEBARI
Gynécologie Médicale
123, Bd. Palestine El Horia
Mohammedia

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **50404656**

Analyses effectuées le: 04/04/2020

Pour.....: **Mme OULMANTICH SAFAA**

Sur prescription du: Dr EL JEBARI OUAFAE

Code.....: 0015588



Organisme.....:

Bilan:

GRS NFS PQ GLY TSH VITD TPHA VDRL TOXO1

RUB HBS HIV HCV

Cotation : (B 1810)

Montant Net : 2450.40 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE Dhs 40 Cts

LABORATOIRE AMARA
Dr. M. AMARA
3, Bd Mohammed V
Tél.: 0523.30.40.30
Fax: 0523.30.43.20

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعماراة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Matricule :

du : 04/04/2020

Mme OULMANTICH SAFAA

Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFABE



HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			
Globules rouges.....:	3.5	M/ μ l	(3,8 à 5,8)
Hémoglobine.....:	<u>11,6</u>	g/dl	(11.5 à 16.5)
Hématocrite.....:	33	%	(35 à 47)
V.G.M.....:	94	fl	(85 à 100)
T.C.M.H.....:	33	pg	(27 à 32)
C.C.M.H.....:	35	%	(32 à 36)
Globules blancs.....:	8500	/ μ l	(4.000 à 11.000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles.....:	71	%	
soit.....:	6035	/ μ l	(2000 à 7500)
Lymphocytes.....:	22	%	
soit.....:	1870	/ μ l	(1500 à 4000)
Monocytes.....:	6	%	
soit.....:	510	/ μ l	(200 à 800)
Polynucléaires Eosinophiles.....:	1	%	
soit.....:	85	/ μ l	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles.....:	0	%	
soit.....:	0	/ μ l	(< à 400)
Plaquettes.....:	185.000	/ μ l	150.000/450.000

LABORATOIRE AMAKA
S.A.
Boulevard de l'Industrie - Mohammadia
Tél : 05 23 30 40 30

Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارّة للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 04/04/2020

Heure : 11:46

Référence 50404T2656

du : 04/04/2020

Edition du : 06/04/2020

Code Patient 0015588

Mme OULMANTICH SAFAA

Matricule :



Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFAE

GROUPAGE

GROUPE..... :

AB

RHESUS..... :

POSITIF

BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie..... :	0.85	g/l (0.70 à 1.10)	
VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3.... :	8	ng/ml	
Normes :			
< 10	Carence		
10 - 29	Insuffisant		
30 - 100	Suffisant		
> 100	Toxicité		

ENDOCRINOLOGIE

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
THYREOSTIMULINE (T.S.H.)..... :	2.70	µUI/ml (0.25 à 5.00)	

Prélèvement du : 04/04/2020

Heure : 11:46

Edition du : 06/04/2020

Référence 50404T2656

du : 04/04/2020

Code Patient 0015588

Mme OULMANTICH SAFAA

Matricule :



Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFEE

EXAMENS SEROLOGIQUES

DE LA SYPHILIS

T.P.H.A.....: Négatif

V.D.R.L. Charbon.....: Négatif

EXAMENS SEROLOGIQUES

SEROLOGIE HIV

Recherche d'anticorps anti-HIV 1..... : Négative

Recherche d'anticorps anti-HIV 2..... : Négative

SEROLOGIE DES HEPATITES

Antigène HBs.....: Négatif

Sérologie de l'Hépatite Virale C.....: Négative
(ELISA 4ème génération)

Prélèvement du : 04/04/2020

Heure : 11:46

Edition du : 06/04/2020

Référence 50404T2656

du : 04/04/2020

Code Patient 0015588

Mme OULMANTICH SAFAA

Matricule :



Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFAE

EXAMENS SEROLOGIQUES

SERODIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE (IgG)

- TECHNIQUE : Toxo Fumouze
- SEUIL DE POSITIVITE..... : 6 UI/ml
- SERUM DU..... : 04/04/2020
- DETERMINATION..... : PREMIERE
- TITRE..... : < 6 UI/ml
- CONCLUSION..... : Absence d'immunité, une surveillance
sérologique s'impose tous les mois.

SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE (IgG)

- TECHNIQUE..... : LIAISON (DiaSorin)
- SEUIL DE POSITIVITE..... : 10 UI/ml
- SERUM DU..... : 04/04/2020
- DETERMINATION..... : PREMIERE
- TITRE..... : 83 UI/ml
- CONCLUSION..... : Immunité acquise probable, à contrôler
dans trois semaines

N.B.: Seules deux déterminations sérologiques à au moins deux semaines
d'intervalle permettent une interprétation correcte des résultats.