

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

- 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.



Declaration de Maladie
N° W19-514611
MSR
OCC
ND° = 17478

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17478 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHSCHE SARAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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° W19-514611

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = 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 kinsithérapeute
- 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 ou 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
lobaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ans le temps.

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

EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit
évenir 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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1621215

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAURICHT SARRAH
Matricule : 11378 Fonction : CC Poste :
Adresse :
Tél : 0661262884 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age 23 12 87
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / /
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin

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
12.3.19	CS		3000 DA	
12.				

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
	18/3/19	\$ 73	1878

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
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
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

Docteur EL KHADAR Ilham

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Stérilité du couple (P.M.A)

Coeliochirurgie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتورة إلخاضار إلهام

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر



161077003

Berrechid, le **12 MARS 2019**

LAURICHI SARAH

NFS

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd, Mohammed V, BERRECHID
Tél : 05 22 33 66 43

DR EL KHADAR !
Gynécologue - Obstétricien
Rég.
Ber.

Bd. Allal Ben Abdellah, Kissariat Ibn Khaldoune, Imm. N° 4 - 2^{ème} étage - App. 7 - Berrechid

شارع علال بن عبد الله - قيسارية ابن خلدون - عمارة 4 - الطابق 2 - الشقة 7 - برشيد

الهاتف : 06 61 49 78 37 - Tél./Fax : 05 22 33 76 86 - المستعجلات :

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 46195644 JCF 001761756000030

INP : 063000509

FACTURE : 65520

توقيت العمل

IB 7401 B

كل يوم 18.00 ... 07.30

السبت 12.30 ... 07.30

Nom et Prénom : Mme LAHRICHI Sarrah

Prescripteur : Dr. EL KHADAR ILHAM

Référence : 190319 029

Date : 19/03/2019

BILAN :

NFS B 73 +

MONTANT NET : 107,82 Dhs Soit 73 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent sept Dh et quatre-vingt deux cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd, Mohammed V, BERRECHID
Tél : 05 22 33 66 43



Berrechid le : 19/03/2019

CIN : C549561

Résultats complets

Edité le: 19/03/2019

Medecin Dr. EL KHADAR ILHAM

Mme LAHRICHI Sarrah

IB 7401 B

RF: 190319029

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....:	5 600	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)	07/10/16 : 6 400
Hématies.....:	4,18	M/mm ³	(N : 4.2 à 5.2)	07/10/16 : 4,36
Hémoglobine.....:	13,2	g/dl	(N : 12.0 à 16.0)	07/10/16 : 13,5
Hématocrite.....:	40,6	%	(N : 37 à 44)	07/10/16 : 41,8
V.G.M.....:	97	fl	(N : 80 à 100)	07/10/16 : 96
T.G.M.H.....:	31,6	pg	(N : 27 à 32)	07/10/16 : 31,0
C.C.M.H.....:	32,5	g/dl	(N : 32 à 35)	07/10/16 : 32,3
PLAQUETTES.....:	228	Milles/mm ³	(150 à 450 Milles)	07/10/16 : 249

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	57	%		
Soit	3 192	/mm ³	(N : 2 000 à 7 500)	07/10/16 : 3 968
Polynucléaires Eosinophiles :	2	%		
Soit	112	/mm ³	(N : 400 à 500)	07/10/16 : 64
Polynucléaires Basophiles.. :	0	%		
Soit	0	/mm ³	(N : < 100)	07/10/16 : 0
Lymphocytes :	32	%		
Soit	1 792	/mm ³	(N : 1000 à 4000)	07/10/16 : 1 984
Monocytes..... :	9	%		
Soit	504	/mm ³	(N : 200 à 1 000)	07/10/16 : 384

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR EL KHADAR ILHAM
Tél : 05 22 33 66 43