

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

retour par complétement  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0025923

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL HANI Fatima  
Date de naissance : 17-1951  
Adresse : 187 Hay Abbadli Breïda Temme  
Tél : 066949275 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 24 JAN. 2009  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : infection urinaire  
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 : Casablanca Le : 25/10/2019  
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
28/10/19	consultation		400,00 Dh	Dr. Sakina CHERRADI Gynécologue Avenue Hassan II et Pte d'Alak 19, Annexe Hemach, 1000 Témara-Centre Tél: 037 41 17 04

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الإرشاد Pharmacie du Conseil Dr. Youssif LAHLOU 33, Rue de Rabat - Témara Tél.: 05 37 74 11 63	28/10/19	513,70 INPE 102019890

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AL MOH1 Analyses Médicales INPE-103051024	29/10/19	B: 75	100 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

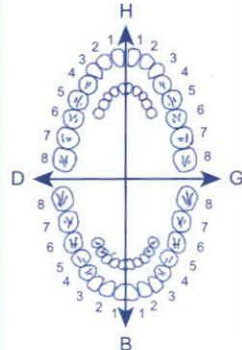
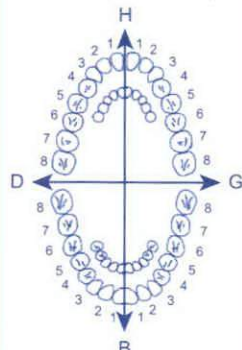
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <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			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

Dr. Sakina Cherradi

**Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique**

Maladies des seins - Stérilité du Couple - Ménopause

Echographie

Diplômée des Universités de Rabat et Tours

الدكتورة سكينّة الشراوي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

أمراض الثدي - عقم الزوجين - سن اليأس

الكشف بالإكوغرافي

خريجة جامعتي الرباط وتور

Témara le 28/10/19 تمارة في،

sur Rendez-vous

بالموعد

M EL HANI Fatma

196.50 x2

Ciproxine 500

1 cp Oral  
su

39.70

Fucidine creme x 1 tube

1 applicateur Oral  
su

81.00

Hydroal. soluba x 1 flacon

513.70 2 bulles 1j

LOT: M0047  
EXP: SEP 2023  
PPV: 196.50 DH

LOT: M0047  
EXP: SEP 2023  
PPV: 196.50 DH

**Fucidine® 2%**  
crème Tube de 15 g

39.70

PPC 81,00 DH

LOT

A T AV



Dr. Sakina Cherradi

**Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique**

Maladies des seins - Stérilité du Couple - Ménopause

Echographie

Diplômée des Universités de Rabat et Tours

الدكتورة سكينّة الشراوي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

أمراض الثدي - عقم الزوجين - سن اليأس

الكشف بالإكوغرافي

خريجة جامعتي الرباط وتور

Témara le, 28/10/19, تمارة في،  
sur Rendez-vous بالموعد

Dr EL HANI Fahu

ECBU + AntibioGramme

fut + baclo mouchab

Mc.

Dr SAKINA CHERADI  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
AV. Hassan II - Imr. Centre du Maroc  
Tél : 037 64 30 06  
Email : sakina.cherradi@hotmail.fr

LABORATOIRE AL MOHNI  
d'Analyses Médicales  
INPE: 103061024

Laboratoire ALMOHIT d'Analyses Médicales  
57- Lot Al Mohit - Bd Hassan I- Hay Al Mansour Addahbi - Témara  
Patente : 5653 IF:14430321 ICE:001719813000016 INPE : 103061024 TEL/FAX : 0537 613095

Temara le : 29/10/2019

Patient : **EL HANI FATIMA**  
Facture N° : **3597/2019**

FACTURE		
Analyse	B	Montant en DH
ECBU	75	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100,00</b>

Arrêter la présente facture à la somme de :  
**cent DHs**

LABORATOIRE AL MOHIT  
d'Analyses Médicales  
INPE 103061024



Prélèvement du : 29/10/2019



Edité le : 31/10/2019

4

Nom &amp; Prénom : EL HANI FATIMA

Référence : 29OC191465

Prescripteur : Dr. SAKINA CHERRADI

## CYTOBACTERIOLOGIE URINAIRE

## Résultats

## Valeurs usuelles

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect:

Hématique

EXAMEN CHIMIQUE

pH:

6,5

4,5 - 7,5

Leucocytes:

++

Sang:

+++

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes:

&gt; 100 000 /ml

&lt;10 000

Hématies:

&gt; 100 000 /ml

&lt;10 000

Cellules épithéliales:

Nombreuses.

Cylindres:

0

Cristaux:

0

Parasites:

0

Levures:

0

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct:

Présence de nombreux bacilles Gram négatifs.

Culture :

Isolement et identification d'Escherichia coli.

Numération:

&gt; 100 000

Culture sur sabouraud:

Stérile.

LABORATOIRE AL MOHIT  
d'Analyses Médicales  
INPE T03061024



EL HANI FATIMA

29OC191465

2

## ANTIBIOGRAMME

Nature du prélèvement:

Urine

Germe isolé:

Escherichia Coli.

**ANTIBIOTIQUES TESTES****SPECIALITES(à titre indicatif)****RESULTAT**

Amoxicilline	Amoxil	Résistant
Amoxicilline+Ac.clavulanique	Aclav, Augmentin, Alactam, Biotic plus	Intermédiaire
Céftriaxone	Triaxon, Triacéphine, Oxone, Céfortim, Céftaject	Sensible
Ceftazidime	Fortum	Sensible
Céfotaxime	Claforan	Sensible
Ofloxacin	Oflocet, Oloxine, Megaflox, Mexine, Néopic, Ocet	Sensible
Ciprofloxacine	Ciproxine, Sepcen, Proflox, Spectrum	Sensible
Gentamicine	Gentamen, Gentosyl, Gentalline, Gentagam, Genta	Sensible
Trimétho.+ sulfamides	Bactrim	Sensible
Fosfomycine	Fosfocine, Monuril	Sensible
Amikacine	Amiklin	Sensible

LABORATOIRE AL MOHIT  
d'Analyses Médicales  
INF 103061024