

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

- Reclamation : 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-569837

81669

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04588 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : KERHOUDI Laila
 Date de naissance : 03/03/1963
 Adresse : Les Jardins de l'Océan
 V6 PAR BOUAFIA
 Tél. : 0661214142 Total des pages : 2910 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/2020
 Nom et prénom du malade : BENSALAH Laila
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cystite
 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 : 16/12/2020

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
09/12/2020	C	1	2000	INF : 09/11/7341
16/12/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2021	49,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/12/20	B163	222,50
	12/12/20	260	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INF : <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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				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

Docteur Nathalie RAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

الدكتورة نطالي بيسيل

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السكري، السمنة، الكوليسترول ...)

رخصة رقم: 12457

Casablanca, le 16/12/2022 في الدار البيضاء

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J13
EXP: 10/2023

49,60

Y - Dan bite d'urgence
bouteille d'urgence

t = 49.60

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sari Au
Boulevard d'Annouir Km 15
Casablanca
Date: 05 22 29 08 29
RC: 329369 T.P.: 32960411

DR RAYELLE Nathalie
Médecine Générale
Résidence Annour Immeuble 2
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél: 05 22 36 84 76 GSM: 06 61 32 53 22

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA

Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22

GRUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER : IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 12/12/2020

Reçu N° 201212008

M ou Mme : **BENSALAH LAILA**

Examen(s) demandé(s) :

ECHO ABD PELVIENNE

Soit un montant total de : **600.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

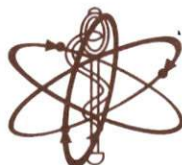
Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tel : 022.39.07.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
Genétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualificien

FACTURE N° 2012110171

Mme Laila BENSALEH

Demande N° 2012110171

Date de l'examen : 11-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Calcium	B30	B
	Créatinine	B30	B
	G G T	B50	B
	HbA1c	B100	B
	Potassium	B30	B
	Lipase	B100	B
	Vitamine D 25-OH (D2-D3)	B450	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Protéines totales	B30	B
	Urée	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Sodium	B30	B
	Chlore	B30	B
	Phosphatase alcaline	B50	B
	TSHus	B200	B
	Ferritine	B250	B
	NI	B80	B
	Bicarbonates	B40	B



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

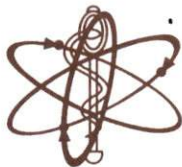
Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
Genétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction

Total des B : 1690

TOTAL DOSSIER : 2220 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille deux cent vingt dirhams DH



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Angle Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97
05 22 86 04 97 : زاوية شارع أنوال وشارع الإسكندرية، حي المستشفيات، الدار البيضاء- الهاتف : 05 22 86 03 36 / 06 59 27 33 92 : الفاكس : 05 22 86 04 97
jfekkak@laboratoire-anoual.com Site web : www.labanoual.ma - IF : 42032540 - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883