

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 : 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° W21-610814

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : S. LAHOUICINE

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhafid NR 07 Hg EL Hassani

Laayoune

Tél : 06 67 19 73 83

Total des frais engagés : 415,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/05/2021

Nom et prénom du malade : IGHOUAS FADMA

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'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 : Laayoune

Le : 10/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-610814

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3462

Nom de l'adhérent(e) : S. LAHOUICINE

Total des frais engagés : 415,00 DH

Date de dépôt :

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
22/04/21		1/2000	60/00	INF: [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Centre d'analyses médicales et scientifiques spécialisées 1601</p> <p>Docteur EL KARRAF</p>	04/05/2011	5302	3550

[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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Département de la Wilaya de Laâyoune - Boujdour

Hôpital My el Hassan Ben el Mehdi

SEGMA Laâyoune



LET D'EXAMEN DE :

Nom du Malade : El Egharbi N° d'entrée :
Prénoms : Fadi N° Externe :

EXAMEN DEMANDE

- Urine - hct
- ECBG n° 586 (mélange)

réponse au verso

Laâyoune le :

22/04/2022
Le Médecin traitant

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Département de la Wilaya de Laâyoune - Boujdour

Hôpital My el Hassan Ben el Mehdi

SEGMA Laâyoune

LIT D'EXAMEN DE :

nom du Malade :

prénoms :

d'entrée :

Externe :

EXAMEN DEMANDE



adresse de la Wilaya :

numéro de la Wilaya :



FICHE DE REFERENCE /CONTRE REFERENCE

Nom : Ighoulas Prénom : Fadma Age :

Formation : MSSB

Motif :

REPONSE DU MEDECIN SPECIALISTE :

diabète de 10 ans
marche de 24h = 8

sous APO
5 - 8 / 24h

Est adressé (e) : Coult

Le Médecin Traitant Le :

Le Médecin Spécialiste Le :

المرجو الاتصال بالو موعدي لسحب موعدكم حسب مكان تواجد فحصكم :

Tel : 0528892527 مستشفى الحسن الثاني للاختصاصات العيون

Tel 0528980454 : مستشفى مولاي الحسن ابن المهدي العيون

Web www.mawiidi.ma أو عبر

HOPITAL : D.M.R. Quittance N° 11164219

Reçu de M : RABAH A GOULASSE

La somme de : soldante DH

Date : 22-04-21

Nature de la Recette	Montant	Cachet et Signature régisseur
C / NEPH	60,00	
TOTAL	60,00	

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

إحيائي

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (ليون و مونتيليه)
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Mme IGHOULAS FADMA

040521 053

FACTURE : 32535 2105

Laayoune, le 04/05/2021

ANALYSES :

9568	ECBU (1er jet du matin /Milieu de jet)	B	150
0001	MICRO-ALBUMINURIE	B	092
0592	CREATININE	B	030
0591	UREE	B	030

TOTAL B 302

PRELEVEMENTS : ! 1 T1 25,00

Soit 25,00 Dhs

TOTAL DOSSIER : 355,00 Dhs

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
Trois cent cinquante cinq Dh**

Centre d'analyses médicales
et scientifiques spécialisées
دكتور القمر
Dr. El KAMAR

135, Avenue Mekka Laâyoune 70 000 شارع مكة العيون 135

☎ : 05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20 - 📠 : 05 28 89 29 68 - 📧 : camss2013@gmail.com

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPECIALISEES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر
إحيائي

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (ليون ومونبلييه)
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Mme IGHOULAS FADMA

Dossier : 040521 053

DN : 01/01/1965

Docteur OUADDI FATIMA

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 04/05/2021 à 10h17

Edité le: 05/05/2021

Résultats complets

2 / 2

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

(AUTOMATE UF-500i_SYSMEX)

DATE DU PRELEVEMENT : 04/05/2021
PRELEVEMENT REALISE : Au laboratoire
HEURE DE RECEPTION AU LABORATOIRE: 10h30min

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

PH : 6,0
GLUCOSE : Recherche négative
ALBUMINE : Recherche négative
ACETONE : Recherche négative

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	:	400 /ml	< 20 000
		1 /mm ³	< 20
Hématies	:	500 /ml	< 25 000
		1 /mm ³	< 25
Cellules épithéliales	:	100 /ml	< 40 000
Cylindres urinaires	:	0 /ml	< 10 000
Cristaux	:	0 /ml	< 40 000
Levures	:	0 /ml	< 6 000
Cellules arrondies	:	100 /ml	< 6 000
Cylindres pathologiques	:	0 /ml	< 500
Mucus	:	0 /ml	
Conductivité	:	7,30 mS/cm	

NUMERATION DES GERMES : <10³/ml

CULTURE ET INTERPRETATION : ABSENCE DE GERME PATHOGENE

(selon les recommandations de la Société Française de Microbiologie)

Profil bactériologique en faveur d'une absence d'infection urinaire



CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPECIALISEES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

إحيائي

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (ليون ومونبلييه)
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Docteur OUADDI FATIMA

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 04/05/2021 10h17

Edité le: 05/05/2021

Résultats complets

Mme IGHOULAS FADMA

Dossier : 040521 053

DN : 01/01/1965

1 / 2

BIOCHIMIE

(HITACHI 912)

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
UREE	:	0,37 g/l 6,14 mmol/l	(0.15 à 0.48) (2.76 à 8.07)
CREATININE	:	9,0 mg/l 79,2 µmol/l	(6.0 à 12) (44 à 124)
(Calibrée sur la méthode IDMS)			01/07/19 : 0.25 01/07/19 : 9.3

CHIMIE URINAIRE

(HITACHI 912)

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
DATE DE RECUEIL DES URINES	:	05/05/2021	
DIURESE	:	3 950 ml/24h	
MICROALBUMINURIE DE 24h	:	22 mg/l 87 mg/24h	(VR: < 30)
			13/04/21 : 85

