

## 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

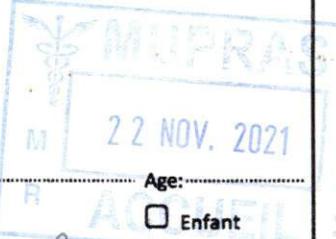
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>19698</b>		Société : <b>ROYAL AIR MAROC</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL OUFIR HAFIZA</b>			
Date de naissance : <b>01/10/1988</b>			
Adresse : <b>11, Rue Saadi Ayad Appt 7 Diorak Jemaa AVENUE HASAN II, RABAT</b>			
Tél. : <b>0661186797</b>		Total des frais engagés : <b>1330</b> Dhs	

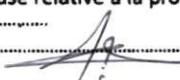
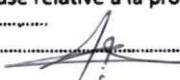
**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>11/11/2021</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Eloufir Hamza</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Consultation médicale</b>
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.	



**Ben Abdesslam Ben Abdellah**  
CHU Ibn Sina Rabat-Sale

**22 NOV. 2021**

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 : RABAT**   
**Signature de l'adhérent(e) :** 

**Le : 11/11/2021**

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
AA/AA 20/22	C		(5)	INP : 14010001876 <i>Ben Abdeslam Rim</i> <i>Médecin</i> <i>La Sina Rabat-Salé</i>

INR: 10000/-

**Ben Abdeslam Rim**  
**Médecin**  
**CHU Ibn Sina Rabat-Salé**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue.

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

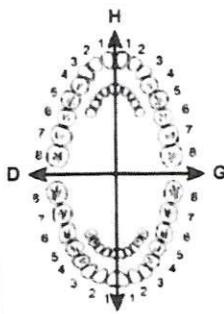
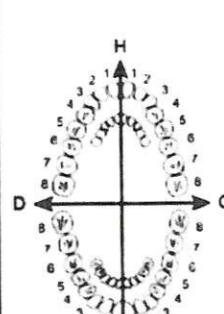
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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"/>														
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
Q.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

le 11/11/2022

Dr Eloufi, Homzo

foire WP

1/ HIV

2/ HVB - HVC

3/ TPHA / VDR L

L.A.M.Riad  
13, Angle AV Almelia,  
Rue Meziata, Hay Riad-Rabat

Ben Abdessamad Rim  
Médecin  
CHU Ibn Rochd-Sel



# L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad  
(City Center - ACIMA) - RABAT  
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60  
Site-Web : [www.laboriad.ma](http://www.laboriad.ma) - E-mail : laboratoirerriad@gmail.com

**FACTURE N° : 211101796**

Rabat le 11-11-2021

Mr Hamza EL OUFIR

Date de l'examen : 11-11-2021

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0283	VDRL qualitatif	B20	B
0285	TPHA qualitatif	B50	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0318	Hépatite B / Ac anti Hbs	B250	B
0321	Hépatite B / Ac anti Hbc	B250	B
0324	Hepatite C / Dépistage	B300	B
0329	HIV: HIV1+HIV (1+2) dépistage	B200	B

Total des B : 1190

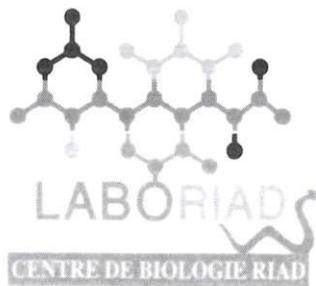
TOTAL DOSSIER : 1330.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent trente dirhams .

13, Angle Av Almelia,  
Rue Meziata, Hay Riad, Rabat  
**L.A.M.Riad**

**PAY**





**Dr Jalil ELATTAR**  
Médecin Biogiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Édité le 12-11-2021 à 05:25

Prescripteur : **Dr Rim BEN ABDESLAM**

مركز التحاليل الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

Page 1 / 2

EXAMEN du 11-11-2021

**Mr EL OUFIR Hamza**

Code Patient : 1611232134

Né(e) le : 04-10-1988



Prélevé le : 11-11-2021 à 17:21



## IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

### SEROLOGIE DES TREPONEMATOSES

**VDRL** Négatif  
( Technique Hémagglutination rapide )

### SEROLOGIE DES TREPONEMATOSES

**TPHA ( SERUM )** Négatif  
( Technique Hémagglutination passive )

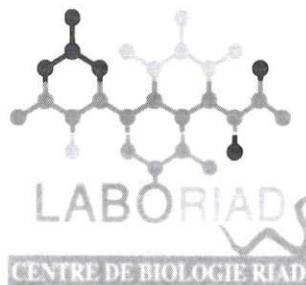
### SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B

**Antigène HBs** Négatif  
( Chimiluminescence Beckman Coulter )  
**Indice** 0.24 S/CO (<0.90)  
( Chimiluminescence Beckman Coulter )  
Interprétation : seuil de positivité Indice >1

**Anticorps anti-H.B.s.** 419 UI/L  
( Chimiluminescence Beckman Coulter )

Interprétation, normes OMS (W1042):  
Immunisation > 10 UI/L population générale.  
Immunisation > 50 UI/L population exposée.

Dr. EL ATTAR  
11-11-2021  
Signature



**Dr Jalil ELATTAR**  
Médecin Biogiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

مركز التحاليل الطبية الرياض  
CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

2111112224 – Mr Hamza EL OUFIR

Page 2 / 2

**Anticorps anti-H.B.c. Totaux** Négatif

( Chamiluminescence Beckman Coulter )

**indice** 0.2 S/CO

( Chamiluminescence Beckman Coulter )

Interprétation : Négatif < 1 / Equivoque entre 0,9 et 1 / Positif > 1

Conclusion Profil compatible avec une immunisation par vaccination.

## SERODIAGNOSTIC DE L'HEPATITE C

**Anticorps anti-H.C.V.** Négatif

( Chamiluminescence Beckman Coulter )

**Indice** 0.10 S/CO (<0.90)

( Chamiluminescence Beckman Coulter )

Interprétation : Négatif < 0,9 / Equivoque entre 0,9 et 1 / Positif > 1

## SERODIAGNOSTIC HIV 1 & 2

**Dépistage Anti V.I.H. 1, 2 et Ag P24:** Négatif

( Chamiluminescence Beckman Coulter )

**Indice** 0.24 S/CO

Interprétation : Négatif < 0,9 / Equivoque entre 0,9 et 1 / Positif > 1

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR

