

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.

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° M21- 070337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11576 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GOTNI HICHAM
 Date de naissance : 18-01-76
 Adresse :
 Tél. : 0707389434 Total des frais engagés :
 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/04/2022
 Nom et prénom du malade : Dr. M. NAKHLOU
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-70337

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 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
24/11			300	

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
LABORATOIRE STENDHAL VAL FLEURI 37, Rue George Sand - Madrid CASABLANCA Tél: 05 22 25 59 77/76 - 05 22 98 43 51	05/10/22	B 190 9 K215	279,60 Dn

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Mohammed Nabil LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique et Mammaire

Chirurgie Endoscopique

Stérilité du Couple (FIV- ICSI)

Microchirurgie Gynécologique

Ancien Enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca

Ancien interne de CHU

Titulaire du Diu des Maladies du Sein

de la Faculté de Strasbourg

الدكتور محمد نبيل لحلو

إختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الجراحة النسوية و جراحة الثدي

الجراحة المنظيرية

المساعدة على الإنجاب

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

حاصل على شهادة الإختصاص في

أمراض الثدي من كلية استراسبورغ

Casablanca, le 12.4.2022 -

M^r Samir Mera -

- T2

- Pica

- M^r.

- SS - i - r - e - M^r

LABORATOIRE STENDHAL
VAL NEURI
37, Rue Georges Sand - Maarif
CASABLANCA
Tél: 05 22 25 59 71 / 05 22 98 43 51

Dr. M. Nabil LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
301, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 98 55 02 / 06
GSM: 0661 30 89 01

301, Bd. Ghandi - Casablanca - Tél.: 05 22 98 83 22

E-mail : medmad59@hotmail.com - **En cas d'urgence** : 06 61 30 89 01

ICE : 001628992000023 - IF : 42204344 - INPE : 091089797

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES STENDHAL

37, Rue GEORGE SAND (RDC) VAL FLEURI. CASABLANCA . Tél. : 0522 25 59 77 / 76.

0522984351

PATENTE N: 35803767 - CNSS : 6644109 . INPE: 093001329

IGR: 42200812 - ICE: 001714856000092

MIYA CHRAIBI

Pharmacien Biologiste

Casablanca le 5 mai 2022

Madame SEMHI NORA

FACTURE N°	1749
------------	------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Temps de céphaline active -----	B	40	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	Total : B 190

Prélèvements :

Sang-----	K	2,5	
-----------	---	-----	--

TOTAL DOSSIER	279,60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Dix Neuf Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE STENDHAL
VAL FLEURI
37, Rue George Sand - Maârif
CASABLANCA
Tél: 05 22 25 59 77/76 - 05 22 98 43 51

Miya CHRAIBI

Pharmacien Biologiste
Diplômée de l'Université de Montpellier
Ancienne Interne au CHU de Montpellier
D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 05/05/22
Prélèvement effectué à 09:34
Edition du : 05/05/22



Madame SEMHI NORA
Docteur MOHAMMED NABIL LAHLOU
Réf. : 22E40
CIN/Passeport :

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XN - 550)

HEMATIES

				Normales (Femme Adulte)	Antériorité 09/08/21
Globules rouges	:	4,31	$10^6/\text{mm}^3$	4 - 5,4	5,04
Hémoglobine	:	13,5	g/100 ml	12 - 16	14,9
Hématocrite	:	38,7	%	37 - 47	42,9
VGM	:	90	μ^3	80 - 95	
TCMH	:	31	pg	27 - 33	
CCMH	:	35	%	30 - 36	

GLOBULES BLANCS

: 11 330 * /mm³ 4000 - 10000 12660

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	:	75	%	8 498	/mm ³	2000 - 7500	8482
Polynucléaires éosinophiles	:	1	%	113	/mm ³	40 - 300	253
Polynucléaires basophiles	:	0	%	0	/mm ³	< 100	0
Lymphocytes	:	16	%	1 813	/mm ³	1500 - 4000	3038
Monocytes	:	8	%	906	/mm ³	40 - 800	886

NUMERATION DES PLAQUETTES

: 140 * $10^3/\text{mm}^3$ 150 - 400 219

Résultat contrôlé.

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

TEMPS DE QUICK (TQ)

Sujet : 12,0 sec
(Témoin : 12 sec)

TAUX DE PROTHROMBINE (TP)

: 100 % 70 - 120

Normales Antériorité

MIYA CHRAIBI
Pharmacien Biologiste

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Miya CHRAIBI

Pharmacien Biologiste
Diplômée de l'Université de Montpellier
Ancienne Interne au CHU de Montpellier
D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 05/05/22
Prélèvement effectué à 09:34
Edition du : 05/05/22



Madame SEMHI NORA
Docteur MOHAMMED NABIL LAHLOU
Réf. : 22E40
CIN/Passeport :

Page : 2/2

Compte Rendu d'Analyses

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE (TCA)

Sujet : 29 sec
(Témoin : 30 sec)

BIOCHIMIE

GLYCEMIE A JEUN
(Cobas Roche diagnostics)

: 0,88 g/l
Soit : 4,9 mmol/l

0,7 - 1,1
3,9 - 6,1

16/06/20

0,86
4,8

MIYA CHRAIBI
Pharmacien Biologiste