

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-712222

135563

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7288 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAID MAHJIB

Date de naissance : 03/06/1967

Adresse : Lot Wilas Park n°26 - OULED SAEH

Tél. 066172534 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

**Dr. ACHOUR Abd**  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél : 0522 26 53 42 - Tél/Fax : 0522 26 53 41

Date de consultation : 05 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : EL HAID INESS Age : 1999

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré

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 : 05/08/2022

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
05 AOUT 2022		3	300 N/A	INP : L 094002329 Dr. ACHOUR Ahd Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie 175, Rue Boufarrâj Casablanca Tél : 0522 26 53 42 - Tél/Fax : 0522 26 53 4

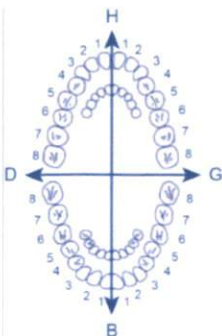
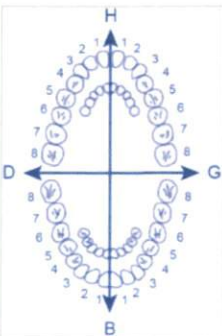
[illegible][illegible][illegible]

## 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>													
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur ACHOUR Ahd**  
**Spécialiste en**  
**ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE**  
Obésité - Goitre - Hormones  
Ménopause - Cholestérol

**الدكتورة عاشور عهد**  
إختصاصية في أمراض الغدد و السكري  
السمنة - الهزمونات - الغدة الدرقية  
سن اليأس

Casablanca, le 05 Aout 2022 في الدار البيضاء،

Ettahid Iner

Tumeur de Prostate

مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122 R4 Anfa Quartier Racine  
Tél: 05 22 26 53 41 / 42

**Dr. ACHOUR Ahd**  
Spécialité en Endocrinologie - Diabétologie  
175, Rue Boukaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 26 53 41 / 42

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

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

Casablanca le 5 août 2022

Mlle EL HAID INESS

FACTURE N°	38182
------------	-------

Analyses :

Prolactine sérique -----	B	200	Total : B 200
--------------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15	
-----------	----	----	--

TOTAL DOSSIER

300,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cents Dirhams

LABIOMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. d'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 05 22 48 13 51/86



Transmission par mail, signature électronique.



**Mlle EL HAID INESS**

Dossier N° : 2257755

Docteur A ACHOUR

Dossier ouvert le : 05/08/22 - Edité le : 05/08/22

Page N° 1/1

## HORMONOLOGIE

PROLACTINE : 5,28 ng/ml

Valeurs usuelles

Femme en activité génitale	Inf à 30
Femme ménopausée	Inf à 15
Hommes	Inf à 21
Enfants	Inf à 10

Antériorité

مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Casablanca 22 48 13 51/86

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

**Dr Jalil ELMANJRA**