

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'Unité
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

M23-007901

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Boukdoun Brahim 165333
 Date de naissance : 1/1/1949
 Adresse : CASA
 Tél. : 06 63 47 18 51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mostafa BENMIMOUN
 MEDECINE INTERNE
 27, Rue Ily Abou Madi (Bd B. Roudani)
 Casablanca - Tél: 0522 29 82 28
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30 / 05 / 2023
 Nom et prénom du malade : KHALAOUI MAT Ralide Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie ostéo-articulaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : CASA Le : 30 / 05 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
30/05/23	Qs	6	6	Docteur Mostafa ANIMOUN MEDECIN DENTISTE 27, Rue Ilyssa Madi (BO E. ROUSSEAU) Casablanca - Tél: 0522 29 82 28 091155248

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 S Lab Docteur FILAL Mounir 93 Boulevard Anoual INPE 093041091 - TP 34336941	01/06/23	B450	630DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

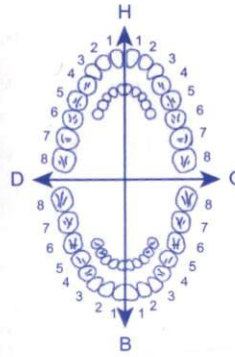
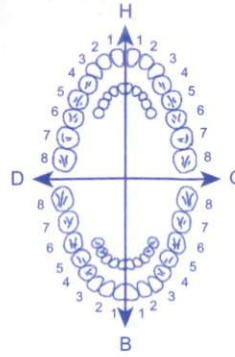
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET MÉDICAL SPÉCIALISÉ

Dr. Mostafa BENMIMOUN
Médecine Interne

Diplômé de l'Université Pierre & Marie Curie
Faculté de Médecine Saint-Antoine-Paris

الدكتور مصطفى بنميمون
الطب الباطني

خريج جامعة بيار و ماري كوري
كلية الطب سانت-أنطوان-باريس

الطب الباطني - الأمراض المجموعية - الأعراض الكبرى - أمراض العضام والمفاصل - أمراض الشرايين

Maladies de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes - Maladies ostéo-articulaires - Pathologie vasculaire



091166298

Casablanca le, 30/06/2023

Kenalaoui Roudani

Dosage UTB

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE
27, Rue Ilyia Abou Madi (Bd B. Roudani)
Casablanca - Tél: 05 22 29 82 28
091166298

Relevé d'Honoraires N° : 2306012026

Casablanca le 01-06-2023

Mme Rachida KEHELAOUINET

Demande N° 2306012026

Date de l'examen : 01-06-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA	Prélèvement sang adulte	E	25
0439	Vitamine D	B	450

Total des B : 450

TOTAL DOSSIER : 630 DH

Arrêtée le présent relevé à la somme de : six cent trente dirhams

Conformément à la législation, il est interdit de modifier les dates de facturation.

LABORATOIRE G Lab
Docteur Filali Mounir
93, Boulevard Anoual
INPE 093061091 - TP 36336941

Résultats de Mme Rachida KEHELAOUNET
Née le 13-06-1957
Dossier : 2306012026

Mme Rachida KEHELAOUNET
+benomarLOT KARAM RTE MEKKA N°19
CALIFORNIE
20000 CASABLANCA

Prélevé le : 01-06-2023 à 11:40 par Amina GHIFARA
Dossier enregistré le : 01-06-2023 à 11:41
Compte-rendu complet

Intervalles de référence Antérieures

INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Identité du patient :

Identité du patient contrôlée sur papiers officiels

MARQUEURS - VITAMINES

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

25.9 ng/ml

(30.0 - 100.0)

(Chimiluminescence, AIA CL TOSOH)

Carence : < 20 ng/ml

Insuffisance : 20 à 29 ng/ml

Fais recommandé : 30 à 100 ng/ml

Surdosage : > 100 ng/ml

Prélèvement à Domicile

Chère patiente et cher patient,

En tenant compte des contraintes sanitaires en rapport avec la pandémie de COVID-19, le laboratoire **G Lab** a mis en place tous les dispositifs nécessaires, conformément aux réglementations d'hygiène en vigueur, pour votre protection lors de votre présence dans le laboratoire.

Vous avez également la possibilité de faire réaliser vos prélèvements à domicile.

Nous mettons à votre disposition sur rendez-vous une équipe dédiée.

Contact :

Tél : +212 522 86 09 10

E-mail : contact@glab.ma

Dossier validé biologiquement par : Docteur FILALI Mounir
INPE 0930610941 / IP 36336941
Docteur FILALI Mounir
LABORATOIRE DE BISSANE BELLAMINE

Page 1