

## 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

- Reclamation : 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° W19-569333

77439

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12634 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZRIWEH Houda

Date de naissance : 20/05/1987

Adresse : 28 Apt 3, 6P Attadoun, 20760 Casablanca

Tél. : 0662614380 Total des frais engagés : 680 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RABIA KHARKHOUR  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
129, Avenue 6 Novembre 1375 - 1er Etage Djemaâa  
Casa - Tél. : 05 22 56 48 99 - GSM : 06 62 16 45 28  
Casa - Tél. : 05 22 56 48 99 - GSM : 06 62 16 45 28

Date de consultation : 22/06/2023 Casablanca

Nom et prénom du malade : ZRIWEH Houda Age :

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 ce formulaire et je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 22/06/2023

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
22/6/23	3		300,00	

# 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
	23/6/23	3.156	180 DA

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<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		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Rafia KHARKHOUR**

**Gynécologie - Obstétrique**



**د. ربيعة خرخور**

**أخصائية في أمراض النساء والولادة**

22/06/2023

ZRINEH HOUDA

M G P O

Dr. Rafia KHARKHOUR  
Gynécologie - Obstétrique  
129, Avenue 6 Novembre 1975  
1er Etage Cité Djemâa - Casa  
Tél: 05 22 56 46 99

**LABORATOIRE ORBIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Saïd El HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél: 05 22 90 90 44  
N° ICE: 001698908000008

Mme ZRINEH Houda F  
20-05-1987

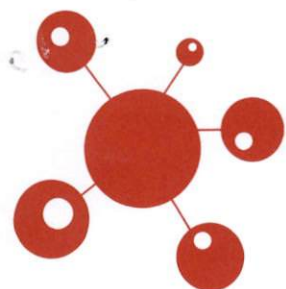


2306232013  
A coller sur l'ordonnance

**Tél : 0522 56**

**En cas d'urgence GSM : 06 62 16 45 28**

**129 شارع 6 نوفمبر 1975 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء**  
**129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> Etage Cité Djemâa - Casa**  
**ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243**



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
**ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

**FACTURE N : 230600412**

CASABLANCA le 23-06-2023

**Mme Houda ZRINEH**

Demande N° 2306232013

Date de l'examen : 23-06-2023

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E25	E
0206	Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)	B150	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 180.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams

**LABORATOIRE ORBIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Saïd EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° ICE : 001698908000008  
**INPE: 093060895**

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

**Recto - Verso**

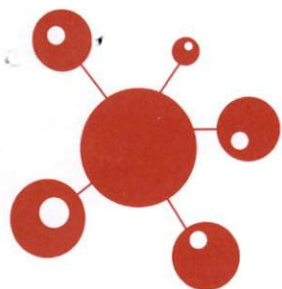
**www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE**

**du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00**

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

**T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008**





مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
**ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

A Casablanca, le Vendredi 23 Juin 2023

Dossier N° : 2306232013

Mme Houda ZRINEH

Né(e) le : 20-05-1987

Prélevé le : au labo 23-06-2023 09:29

Prescription : Dr. RAFIA KHARKHOUR

Mme Houda ZRINEH  
CASABLANCA



**BIOCHIMIE SANGUINE**

Sang tube sec, gel, héparine

**HGPO**

Dose de glucose ingérée

Glycémie à jeun

(Héxokinase)

Glycémie à 60 mn

(Héxokinase)

Glycémie à 120 mn

(Héxokinase)

75 g

0.68 g/l

4 mmol/l

1.10 g/l

(<1.80)

6.11 mmol/l

(<10.00)

1.12 g/l

(<1.53)

6.22 mmol/l

(<8.50)

Intervalles de références pour une charge de 75 g (Recommandations IADPSG à 24 – 28 SA): diagnostic de diabète si une valeur ou plus est atteinte ou dépassée.

à jeun : 0,92 g/l ou 5,1 mmol/l

à 1h : 1,80 g/l ou 10,0 mmol/l

à 2h : 1,53 g/l ou 8,5 mmol/l

Validé biologiquement par le Dr BIOLOGISTE Assistant

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° ICE : 001698908000008

Page 1 sur 1

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008