

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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 canalaire, 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 canalaire.

## **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

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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0039868

Dos n°

10923

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4819

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN JELLOUN DAKHANA SAAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 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 Nº P19-039868

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 : .....

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039862

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN DOKHARA SAAD

Date de naissance : 01/04/54

Adresse :

Tél. : 06 78 02 56 01

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age:

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) :

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**FEUILLE DE SOINS 868943**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Benjelloun DAKHADA SAAD

Matricule : 4819 Fonction : RETIREE Poste :

Adresse : 4819

Tél. : 0678025601 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benjelloun Dakhada Saad Age 01/04/1954

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Tumeur de la face

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A RD, le 13/11/19 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Rachid BRADLY

Chirurgie Esthétique et Plastique

Rés. du Minaret, Rue de Yougoslavie

Rabat - Tel. : 05 37 73 39 83

INP : 101039022

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

868943

Matricule N° : 4819

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



## RELEVE 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
13.11.19	CS		3000	Dr. Rachid BRADLY Chirurgie Esthétique et Plastique Rés. du Minaret, Rue de Yougoslavie Rabat - Tél.: 05 37 73 39 83 INP : 101039022

## 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
	14.11.19	B250	3000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
YOUSSEF BRAUDY						

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

**Dr. Laïla LAALOU ALAOUI**

**Chirurgien Cancérologue**

*Chirurgie du sein - Appareil Gynécologique*

*Appareil Digestif - Thyroïde - Peau*

*Ancienne praticienne à l'Institut National  
d'Oncologie - Rabat*

**الدكتورة ليلى لعلو العلوي**

اختصاصية في جراحة الأورام السرطانية و الحميدة

جراحة الثدي-الجهاز التناسلي-الجهاز الهضمي

الغدد-الجلد

جراحة بالمعهد الوطني للأنكولوجيا بالرباط سابقا

Rabat, le 13/11/2019

الرباط في

M<sup>r</sup> Benjelloun Saad

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Mamotonia  
Dr. LAKHMIRI Amine - Biologiste  
INPE : 103001061  
ICE : 001613756000018  
Identifiant Fiscal : 33402903  
Av. Hassan II - Rabat

NFS

ure' - Al'at - Gly

TP - TCA

Dr. Laïla LAALOU ALAOUI  
Chirurgien Cancérologue  
4 Av. Moulay Slimane Appt.4 - Rabat  
Tél.: 0537 26 33 60 - M: 0661 19 98 84  
N.P. : 101101095 - Patente: 25109531  
R : 34177044 - ICE: 001706860000062

4. شارع مولاي سليمان الشقة 4 الطابق الثاني ( أمام الولادة ) الرباط

4, Av. Moulay Slimane Appt.4 - 2ème étage - (en face de la wilaya) - Rabat

GSM : 06 61 19 98 84      المحمول : 05 37 26 33 26      الهاتف : 05 37 26 33 60

E-mail : chirlaalou@gmail.com      البريد الإلكتروني :



# مختبر المامونية للتحاليلات الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

ICE 001613756000018

Facture n° 126497

RABAT LE : 14/11/2019

Analyses effectuées le: 14/11/2019

Pour.....: Mr. BENJELLOUN DAKHAMA SAAD

Sur prescription du: Dr LAALOU ALAOUI LAILA

Code.....: 4GJ9478



Organisme.....:

### Bilan:

NFS	UREE	CREAT	GLY	TQ
-----	------	-------	-----	----

TCK

Cotation : (B 250 )

Montant Net : 360.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT SOIXANTE Dhs 00 Cts

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. LAKHMI Amine Biogiste  
INPE : 103001061  
ICE : 001613756000018  
Identifiant Fiscal : 33402903  
Av. Hassan II - Rabat



Amine LAKHMI Pharmacien Biogiste  
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحيائي  
خريج كلية مونبليي

إقامة المامونية ،شارع الحسن الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 28 88 - 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24 . الفاكس : 05 37 72 28 88

Résidence Mamounia ( Ex CTM ), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat . Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 . Fax : 05 37 72 28 88  
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 - س.ت : 53218 - الضريبة المهنية : 25100207 - ص.و.ض.ج : 2696287

Prélèvement du : 14/11/2019



4GJ9478

Référence : 91114405 14/11/2019

**Mr. BENJELLOUN DAKHAMA SAAD**

Médecin: Dr. LAALOU ALOUAI LAILA

### BIOCHIMIE

#### EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie à jeun.....	: <b>1.34</b>	g/l mmol/l	(0.70 à 1.10) (3.88 à 6.10)
soit....	: 7.44		1.75 (21/11/17)
Urée.....	: <b>0.33</b>	g/l mmol/l	(0.15 à 0.45) ( 2.49 à 7.47 )
soit....	: 5.48		0.51 (21/11/17)
Créatinine.....	: <b>9.72</b>	mg/l μmol/l	(7.0 à 13.6) (61.5 à 119.5)
soit....	: 85.5		

### HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
<b>Temps de Quick</b>			
Témoin.....	: <b>12.7</b>	sec	
Patient.....	: <b>12.7</b>	sec	
Rapport Patient/Témoin.....	: <b>1.00</b>		( < à 1.25 ) 1.07 (21/11/17)
I.N.R.....	: <b>1.00</b>		1.09 (21/11/17)
Taux de prothrombine.....	: <b>100</b>	%	(70 à 100) 82.5 (21/11/17)

#### Temps de Céphaline + Activateur

Témoin.....	: <b>30.0</b>	sec
Patient.....	: <b>30.5</b>	sec
Rapport Patient/Témoin.....	: <b>1.02</b>	

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Mamounia  
Dr. LAKHMIRI Amine Biologiste  
INPE / 103001061  
ICE : 001613756000018  
Identifiant Fiscal : 33402903  
Av. Hassan II - Rabat



Amine LAKHMIRI Pharmacien Biologiste  
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحياني  
خريج كلية منبلي

إقامة المامونية ،شارع الحسن الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 24 24 . الفاكس : 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24

Résidence Mamounia ( Ex CTM ), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat . Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 . Fax : 05 37 72 28 88  
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 - س.ت : 25100207 - الضريبة المهنية : 2696287 - ص.و.ض.ج :

# مختبر المامونية للتحاليلات الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

Prélèvement du : 14/11/2019



4GJ9478

Référence : 91114405 14/11/2019  
**Mr. BENJELLOUN DAKHAMA SAAD**  
 Médecin: Dr. LAALOU ALAOUI LAILA

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

#### NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....	<b>5.20</b>	M/mm3	Homme (4,0 - 5,4)	4.90 (20/02/17)
Hemoglobine.....	<b>15.1</b>	g/100 ml	(13 - 15,5)	14.1 (20/02/17)
Hematocrite .....	<b>45.5</b>	%	(40 - 50)	42.8 (20/02/17)
V.G.M .....	<b>87.5</b>	μ3	(80 - 95)	87.3 (20/02/17)
T.C.M.H.....	<b>29.0</b>	pg	(27 - 32)	28.8 (20/02/17)
C.C.M.H.....	<b>33.2</b>	%	(32 - 36)	32.9 (20/02/17)
Plaquettes .....	<b>187000</b>	/mm3	(150.000 - 400.000)	208000 (20/02/17)
Globules blancs.....	<b>9400</b>	/mm3	(4.000 - 10.000)	7600 (20/02/17)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles.....	<b>71</b>	%	67 (20/02/17)
soit.....	6674	/mm3	(2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles.....	<b>1</b>	%	2 (20/02/17)
soit.....	94	/mm3	(< 400)
Polynucléaires Basophiles.....	<b>0</b>	%	0 (20/02/17)
soit.....	0	/mm3	(< 100)
Lymphocytes.....	<b>24</b>	%	24 (20/02/17)
soit.....	2256	/mm3	(1500 - 4000)
Monocytes .....	<b>4</b>	%	7 (20/02/17)
soit.....	376	/mm3	(100 - 800)

Laboratoire d'Analyses Médicales  
 Mamounia Biogiste  
 Dr. LAKHMIRI Amine  
 INPE : 103001061  
 ICE : 001613756000018  
 Identifiant Fiscaal : 33402903  
 Av. Hassan II - Rabat



Amine LAKHMIRI Pharmacien Biogiste  
 Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحيائي  
 خريج كلية مونبلييه

إقامة المامونية ، شارع الحسن الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 24 24 . الفاكس : 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24

Résidence Mamounia ( Ex CTM ), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat . Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 . Fax : 05 37 72 28 88  
 C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 53218 - س.ت : 25100207 - ص.و.ض.ج : 2696287 - الضريبة المهنية :