

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

resultat et date

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

M22-0049357

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2387

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HARIFI BACHIR RACHID

Date de naissance : 07-05-49

Adresse : 64 HAY AL MAGHRIB AL ARABI SECT. 1 TEMARA

Tél. : 0661376226

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ASRI NOUHA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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.

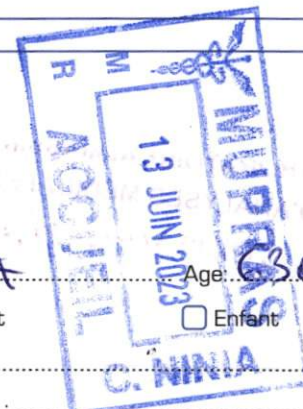
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RABAT

Le : 10 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) : MU

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

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 ALGERIEN D'ANALYSES MEDICALES Tél: 05 37 60 33 30	20/02/23		3000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

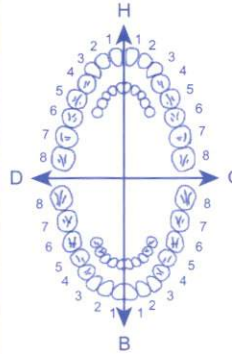
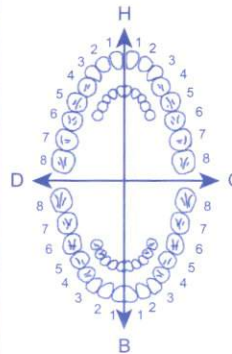
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENLARBI DELAÏ AMAR Bouchra

Spécialiste

En Endocrinologie - Maladies Métaboliques - Nutrition

Diabète - Cholestérol - Obésité

Lipolaser - Cryolipolyse - Radio Fréquence

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

الدكتورة بن العربي الدلائي أعمار بشرى

إختصاصية

في أمراض الغدد والتغذية

مرض السكري - الكوليسترول - السمنة

خريجة كلية الطب بتولوز

Rabat, le في الرباط.

ASD. Anne

2 Feb 2023

Azh

LABORATOIRE ALMASSIRA
D'ANALYSES MEDICALES
Tél: 05 37 60 33 30

Dr. BENLARBI Delaï Amar Bouchra
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
Tél: 05 37 60 33 30
GSM: 07 62 72 87 84
INP: 101023901

LABORATOIRE ALMASSIRA
D'ANALYSES MEDICALES
Tél: 05 37 60 33 30



مختبر المسيرة للتحاليل الطبية
LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES
MÉDICALES

الدكتور الغريبي عبد الواحد
DR. A. EL RHARBI
Médecin Biologiste

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

ASRI MOUNIRA

Prise en charge N°

Prescripteur

BENLARBI AMAR

FACTURE N° 94150

Facturé le : 10/02/2023

Code	Analyses :	Coefficient	Prix en Dhs
163	THYREOSTIMULINE	B 250	1,34 335,00
Total analyses :		300,00 Dh	
Prélèvements :			
Sang			
Total Prélèvements :		0,00 Dh	

Total <>

250

Soit un montant total :

300,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

LABORATOIRE AL MASSIRA
D' ANALYSES MEDICALES
Tél: 05 37 60 33 30

شارع مولاي علي الشريف عمارة 32 رقم 4 المسيرة 1 تمارة - الهاتف: 0537 60 33 30 - الفاكس: 0537 60 78 68
Avenue Moulay Ali Cherif - Imm 32 - Appt 4 - MASSIRA 1 TEMARA - Tél : 0537 60 33 30 - Fax : 0537 60 78 68
Patente N° : 28225104 - I.F N° : 91780328 - CNSS N° : 6217691 - ICE N° : 001640008000090



مختبر المسيرة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES
MÉDICALES

الدكتور الغريبي عبد الواحد
DR. A. EL RHARBI
Médecin Biologiste

Préscripteur : BENLARBI AMAR
BOUCHRA

Prélèvement à : 10:15:08



MADAME ASRI MOUNIRA

Dossier N° : 3021086015 du : 10/02/2023

Compte Rendu d'Analyses

Page : 1

HORMONOLOGIE

TSH Ultra sensible

(Tech: Chimiluminescence LIAISON DIASORIN)

Résultat : 3,310 μ UI/ml 2,510 (02/09/2021)

INTERPRETATION :

ENFANT ET NOURRUSSANT

5 jours : 1,7 - 9,1
1 an : 0,4 - 8,6
2 ans : 0,4 - 7,6
3 ans : 0,3 - 6,7
4-19 ans : 0,4 - 6,2

ADULTES

20-54 ans : 0,30 - 4,2
55-87 ans : 0,5 - 8,9

GROSSESSE

1er trimestre : 0,3 - 4,5
2ème trimestre : 0,5 - 4,6
3ème trimestre : 0,8 - 5,2

3021086015

LABORATOIRE AL MASSIRA
D'ANALYSES MEDICALES
Tél : 05 37 60 33 30

شارع مولاي علي الشريف عمارة 32 رقم 4 المسيرة 1 تمارة - الهاتف: 0537 60 33 30 - الفاكس: 0537 60 78 68

Avenue Moulay Ali Cherif - Imm 32 - Appt 4 - MASSIRA 1 TEMARA - Tél : 0537 60 33 30 - Fax : 0537 60 78 68