

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

- 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

N° W19-425233

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13250 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Drissi Dounia
 Date de naissance : 19/10/1988
 Adresse : 3 Rue Benghazi apt 4 Rabat
 Tél. : 0659 35 2007 Total des frais engagés : 1700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin
Médecin Général Driss GHAFIR
 Professeur au C.H.U - Médecine Interne
 Chef de Pôle Médical
 Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat
 INPE : 101106946

Date de consultation : 30-4-19
 Nom et prénom du malade : Dounia Drissi Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hépatite
 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-blance Le : 17/07/2019

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
30/04/19				<p>Médecin Général Driss GHAFIR Professeur au C.H.U. - Médecine Interne Chef de Pôle Médical Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat INPE : 101106946</p>

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
<p>L.A.M. 1983 Tél : 05 37 71 05 68 05 37 57 23 23 - 05 37 71 50 60 Pat : 25995350 - IF : 3349086</p>	30/04/19	31530	1700,00

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 : Veuillez 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"/>														
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>														
	<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														

Médecin Général de Brigade Driss GHAFIR

Professeur au C. H. U - Médecine Interne

Chef de Pôle Médical

Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Rabat, le 30-4-19

Mme DRissi Douma

- Bilan clinique T b - I
- Sérologie : * H.U.A (IgM - G)
 - * Ag HBs
 - * Ac. anti HBs
 - * Ac. anti HBe
 - * ALT

- TP - INR .

Médecin Général Driss GHAFIR

Professeur au C.H.U - Médecine Interne

~~Chef de Pôle Médical~~

Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

INPE : 101106946



L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60

Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

CECI EST UN MAIL, SEUL LE RESULTAT PAPIER FAIT FOI.

Page 1 sur 3

Edité le 01-05-2019 à 01:53

Préscripteur : **Pr Driss GHAFIR**

Enregistré le : 30-04-2019 à 14:44

Prélevé le : 30-04-2019

EXAMEN du 30-04-2019

Mme DRISSI Dounia

Code Patient :1904302123

Né(e) le : 19-10-1988



HEMOSTASE – COAGULATION

TAUX DE PROTHROMBINE

(Recombiplastin2G – IL)

Antériorités

I.N.R.

(International Normalized Ratio)

1.06

TAUX DE PROTHROMBINE

Valeur de référence **sans AVK** : 70 -100 %

92.00 %

BIOCHIMIE SANGUINE

INDICE DE LIPEMIE

Limpide

INDICE D'HEMOLYSE

Non hémolysé

INDICE D'ICTERE

Non ictérique

BILIRUBINE TOTALE

(Méthode DPD Beckman Coulter)

12.8 mg/L (3.0-12.0)

21.9 µmol/L (5.1-20.5)

Bilirubine Libre (Indirecte)

(Méthode DPD Beckman Coulter)

6.7 mg/L (<10.0)

11.5 µmol/L (<17.1)

Bilirubine Conjugée (Directe)

(Méthode DPD Beckman Coulter)

6.1 mg/L (<2.0)

10.4 µmol/L (<3.4)

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

SERODIAGNOSTIC DE L'HEPATITE A



L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 190403110

Rabat le 30-04-2019

Mme Dounia DRISSI

Date de l'examen : 30-04-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0315	Hépatite A / IgG	B250	B
0316	Hépatite A / IGM	B250	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0318	Hépatite B / Ac anti Hbs	B250	B
0321	Hépatite B / Ac anti Hbc	B250	B
0324	Hépatite C / Dépistage	B300	B
	TPINR	B40	B

Total des B : 1530

TOTAL DOSSIER : 1700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cents dirhams .

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Pat : 25995358 - IF : 3349086

CODE INPE



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357- IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877