

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR ER 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.

Diagnostique 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

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

MUPRAS
RECEPTION

Déclaration de Maladie : N° P19-0010405

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9382 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABOUTABET Hamen Date de naissance : 19-6-69
Adresse : 14 lot 101 el Dine
Tél : 0667778784 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL KIMYA Najia
Médecine Générale
D.U. de Gynécologie Médicale
Essalame 1 km / 05 Rue, 12
N°127 - Casablanca -
Gsm: 05 22 21 20 15

Date de consultation : 02/09/2019
Nom et prénom du malade : ABOUTABET Salma Age : _____
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Douleur FID + Diarrhée
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 : 02/09/2019
Signature de l'adhérent(e) : _____

Dr. EL KIMYA Najia
Médecine Générale
D.U. de Gynécologie Médicale
Essalame 1 km / 05 Rue, 12


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
02/05/19	C		130/10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/19	197,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/09/19	16 man	1805

AUXILIAIRES MEDICAUX

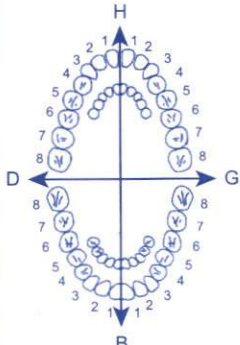
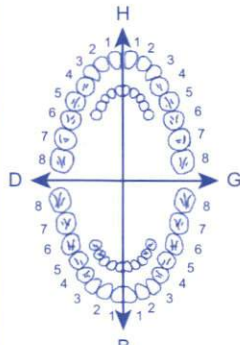
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur
El Kimya Boukarai Najia
Médecine Générale



الدكتورة
الكيمية بوقرعي ناجية
الطب العام

Nom du malade : A BOUTABET Salma

Casablanca, le : 02 SEPT 2019

50.00
- Nealgyl (20cl)
14 3 2 10

us. 10
- I beral 120
lch x

99.00
- 1 no def
1 Sa h

197,90



LOT : 19002 PER : 02/2024
PPV : 48.50 DH

Lot :
Date de Fab :
Date de Pér :
PPC : 99 Dhs

Najia
Médicale
Rue 12
Casablanca -
20 75

12، رقم 127 - الدار البيضاء (قرب صيدلية الإحسان)
Hay Essalama 1, G.5, Rue 12, N° 127 Casablanca - ()
ICE : 001815000000079 - INP : 091056887 - Tél : 05 22 37 2

حي السلامة

cie AL IHSANE)

ail: najiaelkimia@gmail.com

ORDONNANCE

Dr. EL KIMYA Najia
Médecine Générale
D.U de Gynécologie Médicale
Essalama 1 gm / 05 Rue, 12
N°127 - Casablanca -
Gsm: 05 22 37 20 75

02 SEPT 2019
Le

ABOUT ABIT. Salus

N.F.S

Cow culture

URGENT

EXAMINÉ
LABORATOIRE
PHARMACIE
CENTRE MEDICAL SUITE
DR. EL KIMYA NAJIA
05 22 37 20 75
JAN 18 2019

Dr. EL KIMYA Najia
Médecine Générale
D.U de Gynécologie Médicale
Essalama 1 gm / 05 Rue, 12
N°127 - Casablanca -
Gsm: 05 22 37 20 75

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

EXAMED

LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Prefecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Taoufik LOUANJLI
Pharmacien-Biologiste

N° 1908642

DIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Nom/Prénom : **Mademoiselle ABOUTABIT Salma** Casablanca le : 02/09/2019

Medecin : **Dr Najia EL KIMYA**

Analyses	Clé	Cotation
Numeration Formule Sanguine	B	65
EXAMEN PARASITO DES SELLES 1	B	25
Montant en Dhs:	180.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de: Cent Quatre-vingt Dirhams

EXAMED
LABORATOIRE
Pharmacien-Biologiste
Centre Médical Sidi Othman
Av. 10 Mars, Place de la Prefecture
Sidi Othman - CASA
Tél.: 05 22 59 95 95
Fax : 05 22 59 95 96

Code Patient : 304427
Date du prélèvement : 02/09/19
Dossier édité le : 04/09/2019

Mademoiselle Salma ABOUTABIT
Référence : 020919 686
Dr. Najia EL KIMYA

Page: 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME

SYSMEX XT-2000i

GLOBULES ROUGES	: 4,75	M/mm3	(4,0 à 5,3)
HEMOGLOBINE	: 14,1	g/dL	(12 à 16)
HEMATOCRITE	: 42	%	(37 à 46)
V.G.M	: 88	u3	(80 à 95)
T.C.M.H	: 30	pg	(28 à 32)
C.C.M.H	: 34	g/dL	(30 à 35)
GLOBULES BLANCS	: 9 910	/mm3	(4 000 à 10 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 59	%	(40 à 75)
Soit	: 5 847	/mm3	(2000 à 7500)
LYMPHOCYTES	: 34	%	(20 à 45)
Soit	: 3 369	/mm3	(1500 à 4000)
MONOCYTES	: 5	%	(3 à 11)
Soit	: 496	/mm3	(120 à 1100)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 2	%	(0 à 4)
Soit	: 198	/mm3	(40 à 300)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0	%	(0 à 1)
Soit	: 0	/mm3	(0 à 100)
PLAQUETTES	: 245 000		(150 000 à 400 000)

COMMENTAIRES :

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.