

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.

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.

Prothèse :

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° P19-0034056

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 318 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M Lout CHEIKHTAR

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 N° P19-034056

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 :

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 couvrant 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 pli 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
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 887784

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ESAM EL BACH Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : RCH
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Rabat le 07/11/2019 Signature et cachet du médecin
Dr. MEYER EL KHOUEN BENBACHIR
Hépatogastroentérologue
CHR - Rabat
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

887784

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
07.11.19		C2	60,-	Dr. Mervem ELKOUHEN BENBACHIR Hépatogastroentérologue CHU - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL MOUNA Mme SMILI Wadia 9, Hay El Kora, C.Y.M. - Rabat Tél : 0537 29 06 73	07/11/19	337,00
	07/11/19	29,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. ALDJOUN-BENNANI Médecin Biologiste Laboratoire AL Manal	07/11/19	396,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canala ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT 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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000	G	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	G																			
	35533411	11433553																				
	B																					
				MONTANT DES SOINS																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Direction Régionale de la Santé Région Rabat. Salé. Zemmour. Zear
Délégation du Ministère de la Santé A la Préfecture de Rabat
Centre Hospitalier Régional de Rabat

Rabat le

Nom et Prénom :

ESTIA B. Bahul

Ordonnance

Dr. Meriem ELKOUHEN BENBACHIR
Hépatogastroentérologue
CHR - Rabat

~~Flagyl 100~~

~~1 cp x 3 / j et 10 jours.~~

après Pharmacie EL MOUNA

Mme SMILI Wadia

9, rue El Korā, C.Y.M - Rabat

Tél : 0537 29 06 73

puis

~~Veruex~~

1 cp à renouveler

1 semaine après

(ou la rupture d'intolérance).

14,80 x 2

29,60

Pharmacie EL MOUNA

Mme SMILI Wadia

9, rue El Korā, C.Y.M - Rabat

Tél : 0537 29 06 73

Dr. Meriem ELKOUHEN BENBACHIR
Hépatogastroentérologue
CHR - Rabat

14,80

14,80



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

PENTASA 1G
15 SUPPOSITOIRES
PPV : 337,00 DH
ADSP N° 80/98DMP/21
LABORATOIRES SOTHEMA



6 118001 070466

المملكة المغربية

وزارة الصحة

Direction Régionale

Zemmour. Zear

Délégation du Ministère de la Santé A la Préfecture de Rabat

Centre Hospitalier Régional de Rabat

Rabat le: 07/11/19

Nom et Prénom :

EVAM A Baboul

Ordonnance

Pentasa Supp

337,00

1 Supp / j le soir
pend 1 mois

PHARMACIE EL-MOUNA
Mme. MILI Wadia
9, Hay El Ora C.M. - Rabat
Tél: 05 37 29 06 73

Dr. Mervem ELKOUHEN BENDACHIR
Hépatogastroentérologue
CHR - Rabat



Direction Régionale de la Santé Région Rabat. Salé. Zemmour. Zear
Délégation du Ministère de la Santé A la Préfecture de Rabat
Centre Hospitalier Régional de Rabat

Rabat le: 07/11/2019

Nom et Prénom: Elhadi El Baboul

Ordonnance

- Copro - parasitologie & selles

- NFS

- JS - CRP

Dr. A. ALJOUNI-BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manal

Dr. Mervem ELKOUHEN BENBACHIR
Hepato-gastroentérologue
CHR - Rabat



FACTURE CONSULTATION

Code ANAM : 100006972

N° Compte Courant : 001330004525150110153359

Document Consultation Numéro : 13058

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE RABAT

Identification :

Index Patient : 42111029-15-9-2016-F-9338

Nom et Prénom: ESSAIDI EL BATOUL

CIN : A281729

Adresse :

N° Consultation : 13049

Médecin :

Sur prescription du : **Dr. EL KOUHEN BENBACHIR MERYEM**

Spécialité: GASTRO-ENTEROLOGIE

Type de consultation : **CONSULTATION MÉDECIN**

SPÉCIALISTE

Débiteur :

PAYANT

Date :

Date de prise de rendez vous :

Date de consultation: 07/11/2019

Montant Consultation : 60,00DH

ARRÊTER LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : SOIXANTE DIRHAM(S)

7/11/2019 09:01:18

Facture Etablie Par Personnel N° : 191

Signature du responsable :

EL BAIR

CS Ville

№ 0114019

Quittance

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
TOTAL		60

Cachet du Service

le 20

**Signature du
Régisseur**

FACTURE
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM
Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 001775478000076

INPE: 107163214

IF:14372610

Rabat le : jeudi 7 novembre 2019 Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

FACTURE N°	120859
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Protéine C réactive -----	B	100	
Copro parasitologie des selles -----	B	140	Total : B 350

Prélèvements :

Prelevement-----	Pc	1,5	
------------------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	396,50 DH
----------------------	------------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Seize Dirhams et Cinquante Centimes


Dr. A. ALDJOUN-BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manal

Dossier N° : 196020D

Ouvert le : 07/11/19

Prélèvement effectué à 14:28

Edition du : 09/11/19

Prescripteur : Dr EL KOUHEN BEN Meryem

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 3/3

Compte Rendu d'Analyses

MICROBIOLOGIE

EXAMEN COPRO-PARASITOLOGIQUE DES SELLES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Consistance -----	: molle
Couleur -----	: Marron.
Pus -----	: Présence.
Sang -----	: Présence.
Vers adultes -----	: Absence.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes-----	: Nombreux.
Hématies -----	: Présence.
Flore bactérienne -----	: déséquilibrée
Levures -----	: Quelques.

EXAMEN DIRECT+ENRICHISSEMENTS

Présence de kystes et de formes vegetatives d'entamoeba histolytica histolytica

CULTURE

Absence de germes pathogènes (salmonella, shigella, staphylococcus aureus)

Dr. A. ALKOUH
Laboratoire d'Analyses Médicales
AL MANAL



Dossier N° : 196020D

Ouvert le : 07/11/19

Prélèvement effectué à 14:28

Edition du : 09/11/19

Prescripteur : Dr EL KOUHEN BEN Meryem

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 2/3

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

		Normales	Antériorités
Protéine C Réactive -----:	8 mg/l	< 10	19

Dr. A. ALDOUINI
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
19/11/2019



Dossier N° : 196020D

Ouvert le : 07/11/19

Prélèvement effectué à 14:28

Edition du : 09/11/19

Prescripteur : Dr EL KOUHEN BEN Meryem

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 1/3

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Normales
(Femme Adulte)

Antériorités

08/10/2016

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	4,28	M/mm ³	3,8 - 5,9	4,58
Hémoglobine -----:	12,5	g/100 ml	11,5 - 18	13,8
Hématocrite -----:	37,3	%	34 - 53	39,8
- V.G.M. -----:	87	μ ³	76 - 96	
- T.C.M.H. -----:	29	pg	25 - 34	
- C.C.M.H. -----:	34	g/100 ml	31 - 36	

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	8 610	/mm ³	3800 - 11000	8900
----------------------------------	-------	------------------	--------------	------

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	56	%		
Soit :	4 822	/mm ³	1400 - 7700	
Polynucléaires Eosinophiles -----:	3	%		
Soit :	258	/mm ³	100 - 500	
Polynucléaires Basophiles -----:	0	%		
Soit :	0	/mm ³	< 150	
Lymphocytes -----:	33	%		
Soit :	2 841	/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----:	8	%		
Soit :	689	/mm ³	200 - 1000	

PLAQUETTES

Résultat -----:	384 000	/mm ³	150000 - 400000	334000
-----------------	---------	------------------	-----------------	--------

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ère heure -----:	36	mm		57
2 ème heure -----:	70	mm		109

Dr. A. ALDJOUN BENNANI
Médecin Biologiste
196020D