

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

ditions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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 P19-0034056

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 378 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. Louad Cheik HHTAR

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 ADHÉRENT Déclaration de maladie Nº 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 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 REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes abaux comportant un ou plusieurs échelonnements 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

En cas 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



MUPRAS

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

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

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 : Age
Ettahbi El Bachir

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 tampon du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. M'hamed EL KOUHEN BENBACHIR
Hepato-gastro-entérologue
CHR - Rabat

VOLET ADHERENT

DECLARATION

887784

Matricule N° :
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
07.11.19		C2 60,-	1000	<i>Dr. Meryem ELKOUHEN BENBACHIR Hépatogastroentérologue CHR - Rabat</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme SMILI Wadia Pharmacie EL MOUNA 9, Hay El Kora, C.Y.M - Rabat Tél : 0537 29 08 73	27/11/19	33710
Mme SMILI Wadia Pharmacie EL MOUNA 9, Hay El Kora, C.Y.M - Rabat Tél : 0537 29 08 73	27/11/19	29,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. ALDJANI BENNANI Médecin Biologiste Laboratoire AL Manal	27/11/19	396100	Dr. A. ALDJANI BENNANI Médecin Biologiste Laboratoire AL Manal

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000		
G	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT DES SOINS
				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 à la Préfecture de Rabat
 Centre Hospitalier Régional de Rabat

Rabat le 21/11/19

Dr. Meryem ELKOUHEN BENBACHIR
 Hépato-gastroentérologue
 CHR - Rabat

Nom et Prénom : ESSIDA El Bahri

Ordonnance

~~- flagyl 750~~

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

après ~~Pharmacie EL MOUNA~~

Mme SMILI Wadia

Hôtel El Korâ, C.Y.M - Rabat
 Tél : 0537 29 06 73

puis

~~Verum~~

1 cp à renouveler

1 semaine après

(vu la rupture d'intox).

Pharmacie EL MOUNA

Mme SMILI Wadia

9, rue El Korâ, C.Y.M - Rabat

Tél : 0537 29 06 73

Dr. Meryem ELKOUHEN BENBACHIR
 Hépato-gastroentérologue
 CHR - Rabat

14,80

14,80



Royaume du Mar

Ministère de la Santé

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



Direction Ré

Délégation du Ministère de la Santé A la Préfecture de Rabat
Centre Hospitalier Régional de Rabat

الملكة المغربية

وزارة الصحة

6 118001 070466

Zemmour, Zear

Rabat le: 07/11/19

Nom et Prénom : ELAYA M. El Babri

Ordonnance

Pentasa 5gpo

337,00 , 1 gpo / j le sri
pd 1 min

PHARMACIE EL MOUINA
S. HAY EL ODEIDE C.Y.M - Rabat
Tél: 053729673

Dr. Meryem ELKOUHEN BENBACHIR
Hépato-gastroenterologue
CHR - Rabat

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé



الملكة المغربية

وزارة الصحة

Direction Régional 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: El Kandi El Sabri

Ordonnance

- Copro - parasitologie selle
- NFS
- JS - Cff

Dr. A. ALAOUI-BENWANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manar

Dr. Meryem ELKOUHEN BENBACHIR
Hepato-gastroenterologue
CHR - Rabat



FACTURE CONSULTATION

ode ANAM : 100006972

acture Consultation Numéro : 13058

Identification :

ndex 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

SPÉIALISTE

N° Compte Courant : 00133004525150110153359

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE RABAT

Débiteur :

PAYANT

Date :

Date :

Date de prise de rendez vous :

Date de consultation: 07/11/2019

Date :

ROYAUME DU MAROC
Délégation du Ministère de la santé

Essaïdi EL Béchir

Hôpital C2 Ville M N°

Reçu de M. Quittance

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
<u>C2</u>		
<u>TOTAL</u>		<u>60</u>

Cachet du
Service

le 11/11/19 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. ALDOUN-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 végétatives d'*Entamoeba histolytica histolytica*

CULTURE

Absence de germes pathogènes (*Salmonella*, *Shigella*, *Staphylococcus aureus*)

Dr. ESSAIDI EL BATOUL
Laboratoire Al Manal
Signature



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. AL MASSIRA
LÉGUEU 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 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	%		< 150
Soit : 0		/mm ³		
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
2 ^{ème} heure ----- :	70	mm

Dr. A. ALDJOUN BENNANI

Biologiste Biologiste

Signature

57

109

