

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

- Reclamation : 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° W19-506909

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12310

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukhem

Nerim

Date de naissance : 01/03/1991

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Dr. Aicha EL MANSOURI
Gynécologue Obstétricienne
21, Rue Imam Mousslim Rés SIRAJ
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 79 - 05 22 10 58 009

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2024

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Suivi de grossesse

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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/01/24 | C3 | | 300 DH | <p>Pr. A. El M. Moussini</p> <p>Gynécologue</p> <p>21, Bd. Imam Moussini</p> <p>25, Apt. 4, Oasis - Casablanca</p> <p>05 22 52 58 09</p> |
| | écho | | 300 DH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 25/01/24 | 71,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <p>Dr. S. CHEIKH</p> <p>Laboratoire BIOCENTRE</p> | 25/01/24 | B1960 | 2651,40 DH |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------------|--|--|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 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 <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الأستاذة عائشة المنصوري

Pr Aicha EL MANSOURI

- Professeur d'Université
- Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
- Gynécologue Obstétricienne
- Spécialiste en Chirurgie Cancérologique
- Gynécologue et Mammaire

- أستاذة جامعية
- استاذة أمراض النساء سابقا
- بكلية الطب البيضاء
- إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
- جراحة السرطان وأمراض الثدي

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le : 10/10/2024

M. Boukef Heien



Pr. Aicha EL MANSOURI
Gynécologue Obstétricienne
21, Rue Imam Mou Slim Rés SIRAJ
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 76 05 22 94 37 76

LUI: 1602301
PER: 10/2026

PPV : 66DH40

(En cas d'Urgence) ☎ +212 676 68 70 47



الأستاذة عائشة المنصوري
Pr Aicha EL MANSOURI

- Professeur d'Université
- Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
- Gynécologue Obstétricienne
- Spécialiste en Chirurgie Cancérologique
- Gynécologique et Mammaire

- أستاذة جامعية
- استاذة أمراض النساء سابقا
- بكلية الطب البيضاء
- إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
- جراحة السرطان وأمراض الثدي

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le : 25/01/2024

M. Zoukri MERIE

- Groupage
- NFS
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Syphilis
- Sérologie Rubéole
- Sérologie Hépatite B et C
- ECBU + ATB
- ~~Protéinurie de 24h~~
- Glycemie - Hb glyquée - Urée - Créatinine
- Vit D
- TSH Us
- ~~prélèvement vaginal + ATB~~
- ~~DPNI (Dépistage prénatal non invasif)~~

Pr. Aicha EL MANSOURI
Gynécologue Obstétricienne
21, Rue Imam Mousslim Rés Siraj
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 76 - 05 22 94 37 77

Dr. S CHEKKOURY IDRISSE
Laboratoire BIOCENTRE
522, Avenue 2 Mars - Casablanca
Tél: 05 22 34 41 60

Pr. Aicha EL MANSOURI
Gynécologue Obstétricienne
21, Rue Imam Mousslim Rés SIRAJ
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 76 - 05 22 94 37 77

+212 522 94 37 76 elmansourigyne@gmail.com

21 rue imam mouslim, résidence siraj étage 02 appt 4, Oasis-Casablanca

(En cas d'Urgence) +212 676 68 70 47

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOCENTRE CASABLANCA

Dr. CHEKKOURY IDRISSE SOFIA

Adresse : 522, Avenue du 2 mars (à côté de l'hôpital My El Hassan 'BOUAFI'

Téléphone : 05 22 28 41 60 - E-mail : biocentrecasablanca@gmail.com

Facture

N° facture 24-2413

Date de prélèvement 25/01/2024

Mme BOUKRIM Meriem

| Code Acte | Designation Acte | Cotation |
|-----------|---|----------|
| NFS | NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES | 80 |
| HBA1C | Hémoglobine glyquée | 100 |
| GLY | Glycémie à jeun | 30 |
| U | Urée | 30 |
| CREA | Créatinine | 30 |
| GS | GROUPAGE SANGUIN | 80 |
| TOXO | TOXOPLASMOSE (IgG) | 120 |
| RUB | RUBEOLE (IgG) | 150 |
| TSH | Thyréostimuline (TSH-us) | 250 |
| VITD | 25-OH Vitamine D (D2 + D3) | 450 |
| TPHA | T.P.H.A Dépistage | 50 |
| VDRL | Sérodiagnostic des tréponématoses | 20 |
| AGHBS | HEPATITE B | 120 |
| HCV | HEPATITE C | 300 |
| ECBU | EXAMEN CYTO-BACT. DES URINES | 150 |

| | |
|------------------|----------|
| Total B | 1960 |
| Total en dirhams | 2 651,40 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille six cent cinquante-et-un dirhams 40 centimes***



ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

Dr. Aicha EL MANSOURI
Gynécologue Obstétricienne
1, Rue Imam Moulim RES SIRAJ
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 71
06 61 55 00 03

- Grossesse intra utérine, évolutive. +
- Fœtus unique en ~~présentation~~, dos
- SG mm
- CCD 11 mm Mm
- BIP Mm soit une grossesse de Semaines.
- Fémur mm d'aménorrhée (+/-)
- DAT
- Présence de ~~mouvements~~ actifs Fœtaux. ~~+~~
- Bonne activité cardiaque fœtale. +
- Absence d'anomalies évidentes au niveau de la tête et du tronc.
- Placenta dessus D'echostructure homogène, inséré.
- La quantité du liquide amniotique est normale. +

NB: image arrondie anéchogène
à côté du fœtus à contour

CONCLUSION :

das 10g

- Grossesse unique-utérin
de 6-7 SA (+)

- image dans le sac
à contour

Dr. Aicha EL MANSOURI
Gynécologue Obstétricienne
1, Rue Imam Moulim RES SIRAJ
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 71
06 61 55 00 03