

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° W19-530231

ND: 33360

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 12096 Société: R.A.N.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre:
 Nom & Prénom: Saida Nassouallah
 Date de naissance: 19/09/1978
 Adresse:
 Tél.:
 Total des frais engagés: 265,50 + 55,00 = 320,50
 ACCUEIL SIEGE RAM

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELGHITI Laila
 Professeur de Gynécologie-Obstétrique
 72, Rue Om Errabe (Angle Jabal Ayachi)
 Tél.: 05 37 67 28 29
 INP: 101102507
 Cachet du médecin :
 Date de consultation: 25/01/2020
 Nom et prénom du malade: SAIDA NASSOULLAH Age:
 Lien de parenté: ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie: DON POSHP
 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 16/03/2020
 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 Règlement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/01/2020 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. BELGHITHI
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
72, Rue Or El Enebe (Angle Jaber Ayed)
Tél : 05 37 67 26 29
INP : 403402607

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 25/01/2020 | 261,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

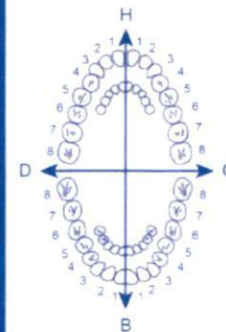
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 25/01/2020 | 35500 | 55000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

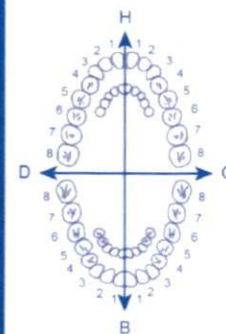
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



25/01/2020

FATIMA NATOU ALLAH

1400

1) Doliprane 1g

1430; x 3;

PPV: 14 DH00
PER: 04/22
LOT: I903

City Centre
Ryad - Rabat
Tel: 037.56.32.77

1180

2) derus

Orupti - hora 8;

LOT: 075-2
PER: JUN 2021
PPV: 51 DH 80

10500

3) Physioneur Eucalypt

lavage frequent

79.70

4) Zythromax 1g; x 3;

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot: 1279481
Date Fab: 08/2019 Date Exp: 07/2021
PPV: 79,70 DH

8, زنقة القاضي عبد الله القباج - حي السويصي - الرباط - المغرب

8, Rue Cadi Abdellah Kabbaj, Quartier du Souissi, Rabat - Maroc

ICE : 001660107000035

Tél : +212 (0) 5.37.65.30.40 (LG) : الهاتف

Fax : +212 (0) 5.37.63.66.18 : الفاكس

E-mail : clinique.souissi@gmail.com : البريد الإلكتروني

Site web : www.clinique-souissi.com : الموقع الإلكتروني

Dr. BELGHITI L.
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
72, Rue Om Errabe (Angle Jabel Ayachi)
Tél: 05 37 67 28 29
INP: 104102507



do 25/1/2020

SATIDA NAFOU AILAH

Faire SVP

sur liquide amniotique

FICHA

AMNIOTIQUE

L.A.M. Riad

Tél : 05 37 71 05 03
05 37 57 23 23-06 37 71 50 60
Pat : 23995335 IF : 234908

Dr. BELGHITI Laila
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
72, Rue Om Erraba (Angle Jabal Ayachi)
Tél : 05 37 67 28 29
INP : 101102507

CARYOTYPE FOETAL SUR LIQUIDE AMNIOTIQUE

REALISATION TECHNIQUE

In situ

| | |
|---|---|
| Nombre de supports de culture utilisés : | 3 |
| Nombre de clones : | 9 |

Flacon

| | |
|---|----------|
| Nombre de supports de culture utilisés : | 3 |
| Nombre de mitoses : | 13 |
| Technique de marquage | RHG |
| Résolution | 400 bplh |
| Nombre de mitoses caryotypées : | 9 |

FORMULE CHROMOSOMIQUE (Selon ISCN 2009)

Formule chromosomique : 46,XY

CONCLUSION : Caryotype Normal à la limite de la résolution de la technique utilisée (300 à 400 bandes)

Remarque:

Ce résultat n'exclut pas les syndromes microdélétionnels ou les microremaniements.

--



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° : 200103005

Rabat le 25-01-2020

Mme Saida NAJOUALLAH

Date de l'examen : 25-01-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|----|--------------------------------|-----|-------|
| | CARYO PRENATAL | - | HN |
| | Aneuvysion FISH(13,18,21,X,Y) | - | HN |

Total des B : 5500

TOTAL DOSSIER : 5500.00 DH

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

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23 - 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