

# 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 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0006754**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOUR MOHAMMED

Date de naissance : 25/04/1967

Adresse : 14636

Tél : 0661286244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Laïla LAALOU ALAOU

Chirurgien Cancérologue

4, Av. Moulay Slimane, Apt. 4 - Rabat

Tel : 0537 26 33 26 - GSM : 0661 19 98 84

INP : 101101095 - Patente : 25109331

IGR : 34177044 - ICE : 001706860000062

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2023

Nom et prénom du malade : EL Karmou Mohammed Age : 55

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie Urinaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : EL KATMOUR MOHAMMED

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
12/11/2023		cons		
17/01/2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.01.23	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/01/2023	B = 150	150 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

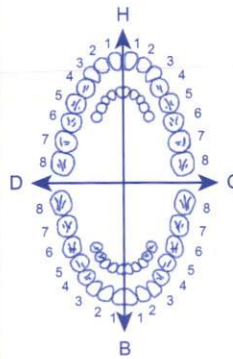
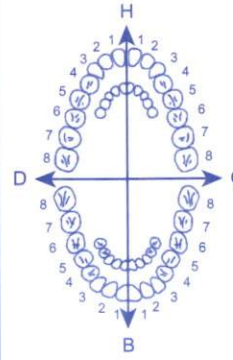
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
				MONTANTS DES SOINS																
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECUTION

**Dr. Laïla LAALOU ALAOUÏ**

**Chirurgien Cancérologue**

Chirurgie du sein - Appareil Gynécologique  
Appareil Digestif - Thyroïde - Peau

Ancienne praticienne à l'Institut National  
d'Oncologie - Rabat

**الدكتورة ليلى لعلو العلوي**

اختصاصية في جراحة الأورام السرطانية و الحميدة

جراحة الثدي-الجهاز التناسلي-الجهاز الهضمي

الغدد-الجلد

حاجرة بالمعهد الوطني للأندكولوجيا بالرباط سابقا

Rabat, le

17/01/2023

الرباط في



Mr Mohammed El Kalmoune

74.80

Sepceu 500

1 cp x 2/j

205.00

x 05 jour

Tavanik

1 cp/j x 07 j

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanik 500mg, cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH



279.80

**Dr. Laïla LAALOU ALAOUÏ**  
Chirurgien Cancérologue

4, Av. Moulay Slimane, Appt. 4 - Rabat  
Tél.: 0537 26 33 26-GSM: 0661 19 98 84  
INP : 101101095 - Patente: 25109331  
IGR : 34177044 - ICE: 001706860000062

**INP : 101 101 095**

Pharmacie Abdelmalek N. y Hos  
Bis rue Oued Hfz Aviation Rabat  
0537 636724 Fax: 0537 637104  
INPE: 102004724

4. شارع مولاي سليمان الشقة 4 الطابق الثاني باب مسرح محمد الخامس-الرباط

4, Av. Moulay Slimane Appt.4-2ème étage - ( Prés du Théâtre Med v)-Rabat

GSM: 06 61 19 98 84 : المحمول Tél : 05 37 26 33 26 : الهاتف

Email: chirilaalou@gmail.com : البريد الإلكتروني



**Dr. Laïla LAALOU ALAOU**

**Chirurgien Cancérologue**

Chirurgie du sein - Appareil Gynécologique  
Appareil Digestif - Thyroïde - Peau

Ancienne praticienne à l'Institut National  
d'Oncologie - Rabat

**الدكتورة ليلي لعلو العلوي**

اختصاصية في جراحة الأورام السرطانية و الحميدة  
جراحة الثدي- الجهاز التناسلي- الجهاز الهضمي  
الغدد- الجلد

جراحة بالعهد الوطني للأنكولوجيا بالرباط سابقا

الرباط في 12/01/2023

Rabat, le

Mr Mohammed El Karmour

ECBU

± ATB gramme

Dr. Laïla LAALOU ALAOU  
Chirurgien Cancérologue  
4, Av. Moulay Slimane, Appt. 4 - Rabat

Tél.: 0537 26 33 26 - GSM: 0661 19 98 84  
INP : 101101095 - Patente: 25109331  
IGR : 34177044 - ICE: 001706860000062

INP : 101 101 095

4. شارع مولاي سليمان الشقة 4 الطابق الثاني (قرب مسرح محمد الخامس)-الرباط

4, Av. Moulay Slimane Appt.4-2ème étage - ( Prés du Théâtre Med v)-Rabat

الهاتف : 05 37 26 33 26 المحمول : 06 61 19 98 84 GSM :

البريد الإلكتروني : Email : chirlaalou@gmail.com



**ANALYSES MÉDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE**  
**التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة**

**Facture**

N° facture 2023-0171

Rabat, le 16/01/2023

Date de prélèvement 14/01/2023

Mr EL KATMOUR Mohammed

Code Acte	Designation Acte	Cotation
ECBU	EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	150

Total B	150
Total en dirhams	150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams\*\*\*

ICE : 002221659000007 - IF : 33630729

LABORATOIRE HAJJI  
D'ANALYSES MÉDICALES  
7, Av. El Haouz et Rue Rhamna  
N° 1, Takaddoum - Rabat  
Tél.: 05 37 65 22 22



**ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE**  
**التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة**

Mr EL KATMOUR Mohammed

Dossier N° :140123-001

**Culture bactériologique** :

**Résultat:** : Stérile

**CONCLUSION** :

Profil d'hématurie microscopique sans infection associée. A explorer en fonction du contexte clinique.



**ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE**  
**التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة**

Edité à Rabat le : 16/01/2023  
Date du prélèvement : 14/01/2023  
Heure du prélèvement : 8:11  
Prescripteur : Dr LAALOU ALAOUI Laila

**Mr EL KATMOUR Mohammed**  
Né(e) le : 25/04/1967  
Dossier N° : 140123-001  
Code patient : 20-02625



**BACTERIOLOGIE**

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

**EXAMEN CHIMIQUE :**

ASPECT	:	Clair
COULEUR	:	Orange
CULOT DE CENTRIFUGATION	:	Faible
GLUCOSURIE	:	Négative
CORPS CÉTONIQUES	:	Absence
ALBUMINURIE (PROTÉINURIE)	:	Absence
CYLINDRES	:	Absence
NITRITES	:	Absence
HEMATURIE	:	Positif +
PH	:	6

**CYTOLOGIE URINAIRE :**

LEUCOCYTES	:	3 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 10 )
HÉMATURIE	:	45 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 10 )
CELLULES ÉPITHÉLIALES	:	Absence	
CRISTAUX	:	Absence	

Levures : Absence

**PARASITOLOGIE :**

TRICHOMONAS VAGINALIS : Absence

**BACTERIOLOGIE :**

**EXAMEN DIRECT APRÈS COLORATION**

BACILLES GRAM NÉGATIF	:	Absence
COCCI GRAM POSITIF	:	Absence

Dr. Ikhlass HAJJI  
Pharmacien Biologiste  
7, Av. El Haouz et Rue Rhamna  
N° 1, Takaddoum - Rabat  
Tél : 05 37 65 22 22

Page : 1 / 2

**Horaires de travail :** Lundi-Vendredi 7h30 - 18h30 / Samedi - Dimanche 8h - 15h **Ouvert 7j/7** Prélèvement à domicile sur **RDV**

**Avenue El Haouz et rue Rhamna, immeuble N°7 Bur. N°1, Aviation, Souissi - Rabat**

**06 63 031 039 05 37 65 22 22 contact@labohajji.com**