

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° W21-709428

246406

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1599 Société : RA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AIR EL ABBOUBI

Date de naissance : 20/06/1950

Adresse : 16 Cité WAKANATI Rt AZEONOUR

AIR-DIAB CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/22

Nom et prénom du malade : JABRI PE EL NZR Age :

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

Nature de la maladie : Douleur 2ème atèle dent

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

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
21/11/22	G	300,00		INP : 061168431

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/22	536,30
	21/11/22	179,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/22	B: 260 + E: 20	373,00 DH
	21/11/22	2,3	130,00 Dhs

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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">G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

LOT 211316
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

PPV: 126,30 DH
LOT: 650549
PER: 03/24



وصفة طبية

Ordonnance

21/11/2024

PPV: 222,00 DH
LOT: 649776
PER: 03/24



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

de - JARNE

CPD USE

222,00 + 126,30

CE NZ2

(1) Augmentin 1g

(S.V)

(S.V)

99,00 1 x 3 g palt 10 j

(2) Odes 20 g

(S.V)

99,00 1 gél g palt 10 j

(3) Sedastac

(S.V)

1 sp. 2 g palt 10 j

T=536,30

PHARMACIE BADIA
E03 Zone 13 Route d'Azemour
Der Bouazza - Casablanca

CHIRURGIE VASCULAIRE
et Endovasculaire
INPE: 0611168431



AB350793

SD32 0925

LOT PER

89.00

Prix

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casal

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Tel: 0670138838

P R BELMIA

39.70
%2
أحمد بن محمد

وصفة طبية

Ordonnance

21/11/2022

POUSE EL NIR

39.70

① Fucidine

139.50

② Livlon 600

2 cp x 2 j pelt 15 jours

179.80

PHARMACIE
Hicham TALI Pharmacie
42, Rue d'El Hachem Hay Salim C.A. Casablanca
Tél.: 0522 38 13 05 Fax: 0522 38 61 04

PR BELMIR HICHAM
Chirurgie Vascularie
et Endovascularie
INPE: 061168431



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

21/11/2022

de → g. 1000 EP pour ECM

Faire SUP

Rx Allat pied droit
→ face.

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, km Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Casablanca, le 21/11/2022

Facture N° 3709/11/2022

Nom patient : MARIE CHRISTINE THERESE

Examen(s) réalisé(s) : RX PIED DROIT FACE

Date Examen(s) : 21/11/2022

Montant : 130 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
CENT TRENTE DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal. Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 21/11/2022

PATIENT : Mme. MARIE CHRISTINE THERESE
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PIED DROIT FACE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

RX PIED DROIT FACE

- ❖ Déminéralisation osseuse modérée à évoluée, microgédodique par endroits.
- ❖ Pincement modéré de la métatarso phalangienne du 1^{er} rayon, avec hallus valgus associé.
- ❖ Absence d'anomalie significative notable au niveau du 2^{ème} rayon digital sur cette incidence.

Confirmer par
RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
DR O. ALAMI
10, Imm. Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

21/11/2022

Dr. H. H. H. H.

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431

0050
NIR

5 vane sup

(1) NFS

(2) Acide urique

(3) Ionogramme + Urin + créat

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431

FACTURE N° : 2211212026

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 21-11-2022

Mme Jarne MARIE CHRISTINE THERESE CHARLOTTE

Date de l'examen : 21-11-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- Acide Urique	B30	B
	- Chlore	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	- Potassium	B30	B
	- Sodium	B30	B
	- Urée	B30	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 260

TOTAL DOSSIER : 373.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante-treize dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187 Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45

Date du prélèvement : 21-11-2022 à 11:18

Code patient : 2211212026

Né(e) le : 14-05-1949 (73 ans)



**Mme Jarne MARIE CHRISTINE
THERESE CHARLOTTE**
Dossier N° : 2211212026
Prescripteur :

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

Leucocytes	13.08	G/L	(3.90-10.20)
Hématies	5.04	T/L	(3.85-5.20)
Hémoglobine	13.6	g/dL	(11.8-15.8)
Hématocrite	42.4	%	(35.0-45.5)
V.G.M	84.1	fL	(80.0-101.0)
T.C.M.H	27.0	pg	(27.0-34.0)
C.C.M.H	32.1	g/dL	(30.0-36.0)

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	70.1	%	
Soit	9.17	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	2.8	%	
Soit	0.37	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	0.2	%	
Soit	0.03	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	20.2	%	
Soit	2.64	G/L	(>1.00)
Monocytes	6.7	%	
Soit	0.88	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	372	G/L	(150-450)

Commentaire :

LEUCOCYTOSE

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

- Sodium (Na) (Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))	141.0	mmol/L	(135.0-145.0)
- Potassium (K) (Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))	5.60	mmol/L	(3.50-5.10)
- Chlore (Cl)	100	mmol/L	(95-110)
- Acide Urique (Dosage enzymatique)	59	mg/L	(26-60)
- Urée (Urease sur AU480)	0.45	g/l	(0.15-0.55)
	7.49	mmol/L	(2.50-9.16)
- Créatinine (Test colorimétrique enzymatique)	8.1	mg/L	(5.0-12.0)
	71.7	μmol/L	(44.3-106.2)

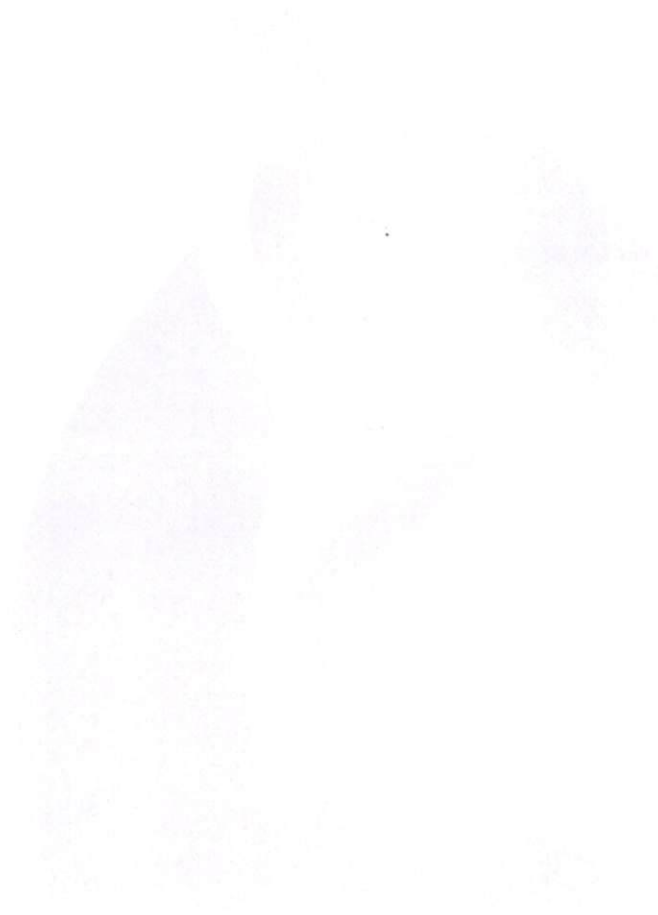
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon
- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon
Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2211212026 - Mme Jarne MARIE CHRISTINE THERESE CHARLOTTE

Validé par le biologiste

(Signature)
EVOLULAB
187, BOULEVARD IBNOU SINA - CASABLANCA
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45



Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2211211028226290 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200595806	JARNE EPOUSE EL MIR	21/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	008126 EL MIR MARIE	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FAT.AAT



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 153 002 / 2022 du 21/11/2022

Nom patient : JARNE EPOUSE EL MIR MARIE CHRISTINE

Entrée 21/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE CHIRURGIE VASCULAIRE PER	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

*Hopital Universitaire Intermediterr
Cheikh Khalifa
Boulevard Mohamed Taieb Naciri*

sdmN

ਸਦਮ ਨਿਰਮਲਾ

sdmN

ਸਦਮ ਨਿਰਮਲਾ

sdmN

ਸਦਮ ਨਿਰਮਲਾ

sdmN



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
RUE EL GHARBI 104 - BOULEVARD EL
MIR

21/11/22

10 06.29

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000041010

MAESTERCARD

MARI CHRISTINE EL MIR

529927*****0286

03/24 CARTE NATIONALE

201-0-0000-1-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173545

Num Transaction : 000005

Num Autorisation : 991044

Num STAN : 008126

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74