

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'Horlo
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

M22- 0038175

151282

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1572 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Jounir TAHAR
Date de naissance : 01.01.38
Adresse : Groupe B. Rue 91 n° 13 EL OULFA
Casablanca
Tél. : 06 58 06 92 58 Total des frais engagés : 841,03 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INPE 1270827
N° 89 1ER FGD OUED TENSIFT
OULFA Tél. 37 95 64 32

Date de consultation : 20 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : Age : 10.02.47

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

Nature de la maladie : Lumbalgie - dls. flex. gauche

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 : Casablanca Le : 01.03.2023

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
20/02/23	C5		150 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20-02-23	276,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23-02-23	B390	565,93 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

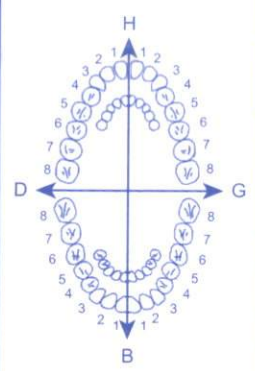
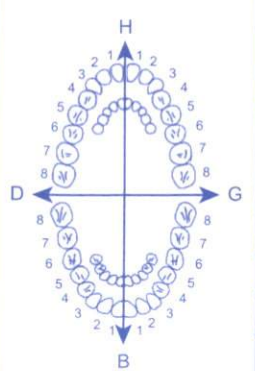
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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														
				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 CCEFFICIENT 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>D</td> <td>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	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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INRE: 091270827
N° 89 TER FIC ED OUED TENS
OULFA CASABLANCA Tel: 05 29 98 98 98

Cosa Le 20/02/2023

Mme Roum Keltoum

41.80 Diclo 75 mg injectable 1's

1 injection 1j

27.60 Spasfon en
1 cp x 21j

78.00 Reso dyl gel
1 gel x 21j

28.80 Antoneuryle forte
1 cp x 21j

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INRE: 091270827
N° 89 TER FIC ED OUED TENS
OULFA CASABLANCA Tel: 05 29 98 98 98

PHARMACIE EL OULFA
PHARMAKOVA
YASMINE
ISTAKOVA YASMINE
Oued Tens Oulfa Casablanca
Tel: 05 29 98 98 98

99.00

- Manef 300mg en

S.P.

S.V.

99.00
LN
W

1 en li

275.10

CIE EL OULFA
Dr. YASMINE
N° 89 187 000 000 000

Dr. YASMINE AITC-HELO
Médecine Générale
INPE : 001270000
N° 89 187 000 000 000
OULFA

LOT: 0004
PER: 09-25
PPC: 78.000H

LOT : 1104
PER : 06-24
P.P.V : 41DH80

27DH50

PPV
LOT
PER
28DH80



ORDONNANCE

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INPE : 091270827
N° 89 1ER ETG BD OUED TENSIFT
OULFA - ALGER 21008 04 22

Casa Le : 20/07/2023

M^{re} Noum Keltoum

- NFS, pothés

- VS

- Uréi

- Créatinémie

- Nicotalbumine de 26h

Laboratoire d'Analyses
Médicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCH Hafsa
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA

Dr. YASMINE AITCHETOU
Médecine Générale
INPE : 091270827
N° 89 1ER ETG BD OUED TENSIFT
OULFA - ALGER 21008 04 22

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TENSIFT

276, Boulevard Oued Tensift, 1er étage
OULFA
CASABLANCA

Dr Hafsa ALLABOUCHE
Médecin Biologiste

Tél. : 0522 90 90 20 - Fax : 0522 90 90 21

Casablanca le mardi 21 février 2023 Madame MOUNIR KALTOUM

FACTURE N°	33016
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Protéine C réactive -----	B	100	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Microalbuminurie de 24h -----	B	120	Total : B 390

Prélèvements :

Sang-----	K	1	
Ur. de 24 h-----	Pc	2	

TOTAL DOSSIER

565,93 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Soixante Cinq Dirhams et Quatre vingt Treize Centimes

Laboratoire d'Analyses
Médicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCHE Hafsa
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA



Dossier ouvert le : 21/02/23
Prélèvement effectué à 09:50
Edition du : 22/02/23

Madame MOUNIR KALTOUM

Né(e) le : 10021947

Réf. : 23B173



Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automate Pentra 60+)

GLOBULES ROUGES

Normales
(Femme Adulte)

Hématies -----:	4,28	M/mm ³	3,8 - 5,9
Hémoglobine -----:	12,5	g/100 ml	11,5 - 17,5
Hématocrite -----:	37,7	%	37 - 47
- V.G.M. -----:	88	μ ³	80 - 97
- T.C.M.H. -----:	29	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	33	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

(Automate Pentra 60+)

Numération des leucocytes -----: 9 810 /mm³ 4000 - 10000

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	62,2	%	35 - 85
Soit :	6 102	/mm ³	1850 - 7250
Polynucléaires Eosinophiles -----:	3,2	%	< 4
Soit :	314	/mm ³	< 400
Polynucléaires Basophiles -----:	0,5	%	< 1
Soit :	49	/mm ³	< 100
Lymphocytes -----:	29	%	20 - 50
Soit :	2 845	/mm ³	1500 - 3500
Monocytes -----:	5,1	%	2 - 6
Soit :	500	/mm ³	70 - 840

PLAQUETTES

(Automate Pentra 60+)

Résultat -----: 340 000 /mm³ 150000 - 400000

OBSERVATION: Numération formule sanguine normale.

Laboratoire d'Analyses
Médicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCH Hafsa
267, BD OUED TENSIFT 1^{er} ETAGE
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA

Prélèvement à domicile sur rendez-vous