

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.



Declaration de maladie

N° W21-804505

Cougar

169378

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2322 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : AAZIZ AHMED
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :



Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

VOLET ADHERENT

Declaration de maladie N° W21-804505

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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.

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° W21-764087

par courriel

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2322

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

AAZIZ

AHMED

Date de naissance :

15-9-52

Adresse :

45-SEROU - NO. 14 - TANGER

Tél. :

0539430749

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Noema EL MANSOURI
Résidente en Rhumatologie
CHU - Tanger

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Aziz Ahmed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Spondylarthrite

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-764087

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

2322

Nom de l'adhérent(e) :

AAZIZ

Total des frais engagés :

14,110

Date de dépôt :

23-5-13

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAIHANI RAIHANI KHAL <u>Rue Al Fakhriyya</u> <u>Tripoli</u>	12.05.2023	779.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Montant des Honoraires
Date	Désignation des Coefficients	
16-05-23	3340	132,00

[illegible]

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



BULLETIN DE CONSULTATION

Nº: 08250

N° d'ordre :

Date : /12/05/23/

Heure de consultation: / /

Nº :

Médecin :

Nom et Prénom du malade : Asie

Diagnostic :

Adressé par :

Traitement :

Fr. SUP.

- NFS VS CRP

Unes Crestina

$$A_{SAT} - A(A)$$


Dr. Noema E. R. ...
Résidente en ...
CHU de ...
Tanger

Signé: ...



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place koweit IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Ouvert le: 16/05/23 Prélèvement effectué à 11:43

Edition du : 16/05/23

Mr AAZIZ AHMED

Dr NOEMA EL MANSOURI

Réf. : 23E58E

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE (Pentra XLR+ , 80 XL)

Numération formule

Normales

(Homme Adulte)

Globules rouges ----- :	3,59	* M/mm ³	4,2 - 5,7
Hémoglobine ----- :	10,9	* g/100 ml	13 - 17
Hématocrite ----- :	33,0	* %	40 - 52
- V.G.M. ----- :	92,0	μ ³	80 - 95
- T.C.M.H. ----- :	30,5	pg	27 - 32
- C.C.M.H. ----- :	33,1	g/100 ml	32 - 36
Globules blancs ----- :	6 200	/mm ³	4000 - 10000

*Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles ----- :	58,2	%	40 - 75
Soit :	3 608	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles ----- :	5,0	%	
Soit :	310	/mm ³	100 - 400
Polynucléaires Basophiles ----- :	0,2	%	
Soit :	12	/mm ³	< 100
Lymphocytes ----- :	31,2	%	20 - 45
Soit :	1 934	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes ----- :	5,4	%	
Soit :	335	/mm ³	200 - 1000

PLAQUETTES

Résultat ----- :	312 000	/mm ³	150000 - 400000
------------------	---------	------------------	-----------------

HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ^{ere} heure ----- :	55	* mm
2 ^{eme} heure ----- :	101	* mm

BIOCHIMIE

Urée (Methode enzymatique)----- :	0,42	g/l	0,15 - 0,5
Soit :	7	mmol/l	2,5 - 8,33

Merci

Impression recto- verso, écologique

Pour mieux vous servir, Merci de bien vouloir retenir votre numéro de référence.

2 Place koweit, 90000 -TANGER-

Tél: 0539 937 021 Fax: 0539 936 838 GSM: 0668 353 257/0661 193 829 E-mail: elfounini_noureddine@hotmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place koweit IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Mr AAZIZ AHMED

Dr NOEMA EL MANSOURI

Réf. : 23E58E

Ouvert le: 16/05/23 Prélèvement effectué à 11:43

Edition du : 16/05/23

Page : 2/2

Compte Rendu d'Analyses

			Normales
Créatinine (Mde Jaffé) ----- :	6,9	mg/l	5 - 13
(Konelab20XTI, Konelab 20I)			
Soit :	61	μmol/l	44 - 115
SGOT / ASAT (Cinétique) ----- :	15	UI/l	< 40
(Konelab 20XTI , Konelab 20I)			
SGPT / ALAT (Cinétique)----- :	15	UI/l	< 40
(Konelab 20XTI , Konelab 20I)			

IMMUNO / SEROLOGIE

C R P (Turbidimétrie + latex) ----- :	< 6	mg/l	< 6
(Konelab 20XTI)			

Laboratoire Médical IBERIA
Dr. Nouredine EL FOUNINI
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 39 93 70 21 - Fax: 05 39 93 83 68

TSV
Merci

Impression recto- verso, écologique

Pour mieux vous servir, Merci de bien vouloir retenir votre numéro de référence.

2 Place koweit, 90000 -TANGER-

Tél: 0539 937 021 Fax: 0539 936 838 GSM: 0668 353 257/0661 193 829 E-mail: elfounini_noureddine@hotmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Tanger le 16 mai 2023

Mr AAZIZ AHMED

FACTURE N°	63278
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	
Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 370

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

432,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Trente Deux Dirhams

INPE
163060601

I.F. : 24302030
I.C.E. : 000731277000065

Dr. Nouredine EL FOUNINI
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 39 93 70 22
Fax: 05 39 93 35 57
GSM: 06 68 35 32 57
Laboratoire Medical IBERIA



BULLETIN DE CONSULTATION N°:06750

N° d'ordre :

Date : / 19/05/23

Heure de consultation: / /

N° :

Médecin :

Nom et Prénom du malade :

Diagnostic :

Adressé par :

Traitement :

Dr. Noema EL WANSOUR
Résidente en Rhumatologie
CHU - Tanger

Traiter et de 3 mois

1) Melfhotrexate 25g



Injection de 25g de

Melfhotrexate sous cutanée

Par semaine



2) Acfol 5g

2 fois/semaine
Injection de Melfhotrexate

Dr. Noema EL WANSOUR
Résidente en Rhumatologie
CHU - Tanger

Signé:



مستشفى بدون تدخين
HÔPITAL SANS TABAC

PHARMACIE RAIHANI
RAIHANI KAMAL
1/4 Rue Al Kortobi Moushe
Tanger

LISTE 1 - UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 mL
solution injectable

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biodim 25 mg/ml

al b1 mV

P.P.V: 94,10 DH

6 1118001 181505



ACFO.

Acide folique / Comprim

LOT: 14222015
PER: 09/2026
PPV: 26,20 DH

↓
(x8 Ged)

