

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-796609

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09907 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAAROUSSI Abdelwagale  
 Date de naissance : 23/03/69  
 Adresse : 116 Rue 21 Hy Ousis Aïa Chok  
 Tél. : 0661095467 Total des frais engagés : 1348,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/08/2023  
 Nom et prénom du malade : Abdelwagale Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ASH  
 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 : 24/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
17/08/23			1500M	INP: 09112000
03/08/23	S	-		
	con			

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
17/08/23	B 670	457,00

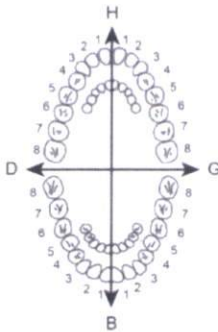
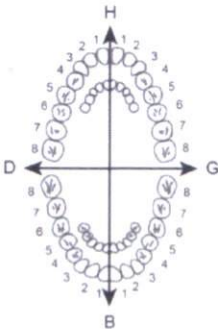
[illegible]

# 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction)											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

عيادة الدكتور سهام حنانة

Médecine Générale

[Femme, Homme et enfants]

Diplôme d'échographie générale de la

Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



الطب العام

(نساء، رجال وأطفال)

دبلوم الضحص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

Casablanca, le 23/08/2023 : الدار البيضاء في



Le code INPE : 091177907

Mr. Aboelmage K.

Mr. 10 + 3

1 / Refat 10 - 5



Mr. 10 + 3

Dr. Siham Hanana

Médecine Générale  
Diplôme d'échographie générale  
Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 Casablanca  
Tél: 05 22 21 26 27

Mr. 10 + 3

PPV: 147DH10  
PER: 03/25  
LOT: M1031-2

PPV: 147DH10  
PER: 05/25  
LOT: M1621-1

PPV: 147DH10  
PER: 05/25  
LOT: M1621-1

المرجو إحترام وصفة طبيبك

ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 : الهاتف (CE : 001804547000040



Médecine Générale  
[Femme , Homme et enfants]  
Diplôme d'échographie générale de la  
Faculté de médecine de Casablanca  
Suivi de la grossesse  
Electrocardiogramme



الطب العام  
(نساء، رجال وأطفال)  
دبلوم الفحص بالصدى  
كلية الطب بالدار البيضاء  
متابعة الحمل  
تخطيط القلب  
الدار البيضاء في

Casablanca, le :

19/08/2021



Le code INPE : 091177907

hasrouni Abdelmajid K.

1 | TC, CH, LDL, HDL

2 | Vit D

3 | AC

LABORATOIRE  
D'ANALYSES  
Tél : 05 22 21 90 36  
05 22 21 90 15

المرجو إحترام وصفة طبيبك

باسمينة 1 شارع أمثالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 : الهاتف : ICE : 001804547000040



Laboratoire Dar al Idaa

Casablanca, le 19/08/2023

Soit

## Compte rendu d'analyses



\*\*\*

Dossier N° : 180823-001 Pvt du: 18/08/2023

Nom : Mr LAAROUSSI Abderrazak

Demandé par Dr : SIHAM HANANA

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Acide urique	: 55 mg/l	( 35 - 72 )	66 (13/04/23)
Triglycérides	: 1,72 g/l	( 0,45 - 1,5 )	4,14 (13/04/23)
Cholestérol total	: 1,55 g/l	( 1,5 - 2 )	3,25 (13/04/23)
HDL-Cholestérol:	: 0,50 g/l		0,42 (13/04/23)
<0,4: risque élevé			
0,4-0,6: risque modéré			
>0,6: risque faible			

LDL-Cholestérol : 0,71 g/l ( 1,1 - 1,6 ) 1,28 (26/05/22)

### VITAMINES

Vitamine D ( 25 Hydroxycholécalférol ) - D2 + D3 29,20 ng/ml  
(Technique : automate alegria orgentec )

Valeurs Usuelles	Antériorité
	21,60 (13/04/23)

chez l'adulte :  
déficience : < 10 ng/ml  
insuffisance : 10-30 ng/ml  
seuil de toxicité : 100 ng/ml

Nous vous remercions de votre confiance

Le Biologiste



356 Bd Amgala, 1er Etage, Hay Al Ousra, Ain Chock - Casablanca

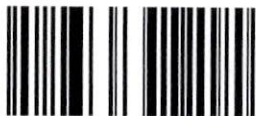
Tél.: 05 22 21 90 36 - Fax : 05 22 87 50 15

E-mail : labodaralidaa@gmail.com

## Facture

INPE LABORATOIRE : 093061729

N° facture : 2023-00871



Edité le : 18/08/2023

Patient : Mr LAAROUSSI Abderrazak

Date prélèvement : 18/08/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Acide urique	30	33,00
Triglycérides	60	66,00
Cholestérol total	30	33,00
HDL-Cholestérol	50	55,00
LDL-Cholestérol	50	55,00
Vitamine D ( 25 Hydroxycholécalférol ) - D2 + D3	450	495,00
<b>Total B</b>	670	737,00
<b>APB</b>	1,0	20,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		757,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent cinquante-sept dirhams\*\*\*

LABORATOIRE  
IDAR AL IDAK  
Tel : 05 22 21 90 36  
22 87 50 15