

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° W21-827705

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8985 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAZI ROHANEH YASSIR
 Date de naissance : 07/06/1971
 Adresse : 44, Rue des Peupliers California G.P.F.
 Report Ville Verte Bouikouba
 Tél. : 06 61 06 25 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENKHADRA Hanan
Pédiatre
416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Roc. Anoual Capital Center 1er Etage Bureau N° 2
Tél : 3522 86 37 27
GSM : 06 63 06 15 00
Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : TAZI KENZO
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Infection
 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 : 16 / 12 / 23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
16	C			
17	C			
18	C			
19	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.12.23	B 153	200 DH

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 : <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"> <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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)

Tari keng

ECBU

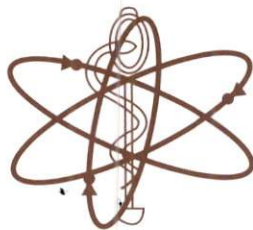
Dr. BENKHADRA Hanane
Pédiatre
416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Rce. Anoual Capital Center 1er Etage Bureau N° 2
Tél. 05 22 86 37 27 / 06 59 93 11 11
CSN 06.03.00.02

Casablanca, le-----

416, Anoual Capital Center, Bd. Abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Urgence — Sur rendez-vous —

benkhadranan@gmail.com — بالموعد. —



Enf Kenza TAZI

Né(e) le : 24-03-2010

Dossier N° : 2312160040

Date de l'examen : 16-12-2023

Prélevé le : 16-12-2023 11:18 en interne

Edité le : 22-12-2023

DR : .

Adresse :

Page 2 / 2



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Germe testé
Pénicilline
Amoxicilline
Amoxicilline-Ac.clavulanique
Cefotaxime
Ceftriaxone
Imipénème
Ertapinème
Acide nalidixique
Norfloxacin
Ciprofloxacine
Lévofloxacine
Gentamicine
Amikacine
Nitrofurantoine
Triméthoprime/sulfaméthoxazole
Céfixime
Colistine
Aztréonam
Fosfomycine

ANTIBIOGRAMME

Enterococcus spp

RESISTANT

Sensible

Sensible

Sensible

Sensible

Sensible

Sensible

RESISTANT

Sensible

Sensible

Sensible

INTERMEDIAIRE

INTERMEDIAIRE

Sensible

Sensible

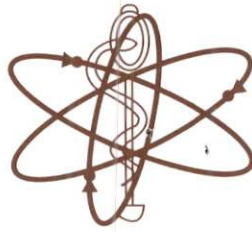
RESISTANT

RESISTANT

RESISTANT

Sensible





Enf Kerza TAZI

Né(e) le : 24-03-2010

Dossier N° : 2312160040

Date de l'examen : 16-12-2023

Prélevé le : 16-12-2023 11:18 en interne

Edité le : 22-12-2023

DR :

Adresse :

Page 1 / 2



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil :

Aspect :

Couleur

Culot

Recherche biochimique:

2ème jet

Trouble

Jaunâtre.

Important

pH:

6.0

(6.5-7.5)

13-07-2023

7.5

Sucre:

Négative

Protéines:

Négative

Sang:

POSITIVE + +

Acétone:

Négative

Nitrites:

Négative

Examen cytologique (Automate Urised Mini)

Leucocytes :

>1 000 p/μL

(0-12)

3

Hématies :

>1 000 p/μL

(0-10)

2

Cellules épithéliales :

2 p/μL

(0-5)

40

Cellules non épithéliales :

<1 p/μL

(0-2)

<1

Cylindres :

<1 p/μL

(0-2)

<1

cristaux:

<1 p/μL

(0-6)

<1

Levures

<1 p/μL

(0-3)

<1

Examen direct :

Cocci gram positif

Examen bactériologique

Numération :

>10⁵ UFC/ml

Cultures :

POSITIVES

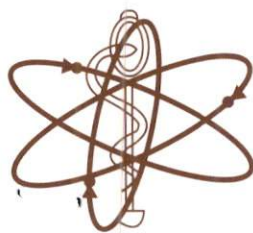
Germe 1 :

Enterococcus spp



Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2312160040

Enf Kenza TAZI

Demande N° 2312160040

Date de l'examen : 16-12-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cytobactério des urines	E200	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams DH

