

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



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

Déclaration de Maladie

W21-331151

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9634 Société : RAN 204629

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ANHAWI YOUSSEF

Date de naissance : 11/08/1971

Adresse : 164 CITE EL HOUA NANNEDIA

Tél : 0661052132 Total des frais engagés : 1612,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL ANHAWI YOUSSEF

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

Nature de la maladie : Anchochi

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 : 02/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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
08/03/24		CS	300,00	
24/07/24		CS	gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

20/3/24 112,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

15/03/24 B900 1200 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

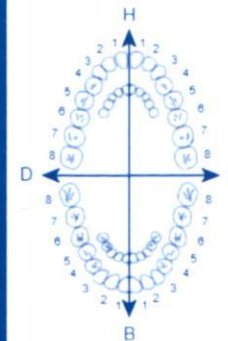
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

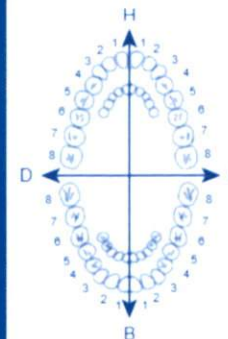
O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 39.995 / 2024 du 08/03/2024

Nom patient : **EL M'CHANTEF ISRAE**

Entrée 08/03/2024

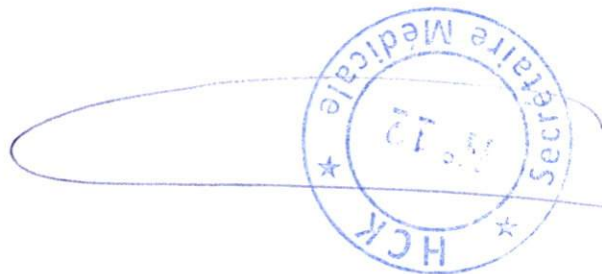
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	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			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00





وصفة طبية Ordonnance

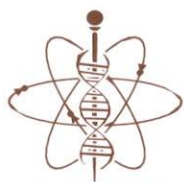
Casablanca, le :

Dr ISRAË EL OUBANTER

- Test aux synacthène
aux 17-OH2.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant Laboratoire
Endocrinologie et maladies métaboliques
091252213





مختبر التحليلات الطبية أنوال

Laboratoire D'Analyses Médicales Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Spécialisée

Génétique et Biologie Moléculaire
Radio-Immuno-Analyses

Mlle Israe EL M'CHANTEF

Né(e) le : 16-04-2008

Dossier N° : 2403150025

Date de l'examen : 15-03-2024

Prélevé le : 15-03-2024 12:15 en interne

Edité le : 28-03-2024

DR : SOUKAINA LAIDI

Adresse :

Page 1 / 1



Le laboratoire ANOUAL est accrédité par le COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189 (N°8-3245, Examens Médicaux)
Portée disponible sur www.cofrac.fr
Les examens accrédités sont identifiés par le symbole [AC].

HORMONOLOGIE réglée BILAN SURRENALIEN

Jour du cycle:

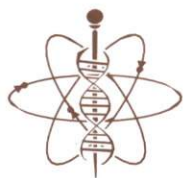
TEST AU SYNACTHENE 17OH PROGESTERONE

Temps	17 OH PROGESTERONE(ng/ml)
0	0.77
60	1.88

Population	Valeurs normales 17 OH PROGESTERONE (ng/ml)
Hommes	<2.20
Femmes	Phase folliculaire <0.80 Phase lutéale <2.85 Phase post-ménopausée <0.51
Enfants	5-11ans (Garçon) <1.10 5-11ans (Fille) <1 0-5 ans <0.63

Commentaire:Après test au synacthène Immédiat, la réponse normale est inférieure à 30,0 nmol/l (10 ng/ml).





مختبر التحليلات الطبية أنوال

Laboratoire D'Analyses Médicales Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Spécialisée

Génétique et Biologie Moléculaire
Radio-Immuno-Analyses

FACTURE N° 2403150025

Mlle Israe EL M'CHANTEF

Demande N° 2403150025

Date de l'examen : 15-03-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test au Synacthène-17OHP	E1200	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 1200 DH

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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

20/03/2011

M. EL NCAMANTSI Israe

36.20

1 - Stagid, 700 mg (1's)

1 g x 2 p. → 3 mois (1's)

52.60

2 - Dure 25.000

Pharmacie La LIBERTÉ
33000
Loulouki Nait
Loulouki Nait
Tél: 05 29 33 00 00

23.40

3 - Famarfer (1's)

112.20 1 g x 1 p. → 2 mois

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant LAÏDI Souhanna
Endocrinologie et maladies métaboliques

PPV:
EXP:
Lot N°:

23.40 DH
12/27
L1459

PPV: 52,60
LOT: 23J26
EXP: 10/2025

LOT 240561
EXP 01 2027
PPV 36,20 36.20



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/03/14

Je soussigné,

Professeur Assistant Laboratoire
Endocrinologie et maladies métaboliques

certifie,

que M. BEN CHAKROUN ISRAËL
présente une irrégularité du cycle avec
à l'issue du 17ème jour de la dernière
nécessitant un test au synacthène,
ce test étant effectué à l'insu du
patient et sans ce résultat

Professeur Assistant Laboratoire
Endocrinologie et maladies métaboliques

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240308110812SE / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400845313	EL M'CHANTEF ISRAE	08/03/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	015114 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SERFAT

