

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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.

### Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 055730

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6127 Société : 35371

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : chah mmm

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-055730

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 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

- 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-493658

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :


Le : 24 / 06 / 2020

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
24.06.2020	Cs		250,00	INP : 051193362 Dr. Ouzrae Benjelloun Dermatologue - Vénérologue Avenue Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijilmassi Casablanca Tél: 06 22 24 58 77 / 06 41 87 09 15

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/2020	total 30,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

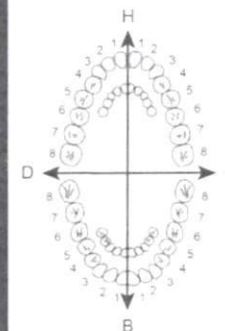
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

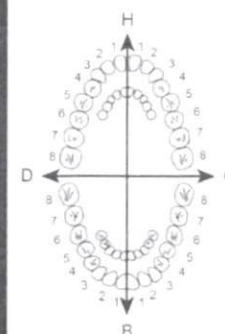
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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





Médecine esthétique – Cosmétologie – Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles – Allergies – Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers – Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique – Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système – Paris

طب التجميل و العلاج بالليزر

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا – الحساسية – الحروق

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيزنسون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال – مونتوبلييه

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le :

:الدار البيضاء في

24/06/2020

**Mme CHORAIFI Amina**

**PROTOPIC 0.1% POMMADE**

*le soir sur la lisiere du cuir chevelu*

**TRICOVIVAX LOTION**

*le soir sur le cuir chevelu*

**LOCATOP CREME**

*le soir sur le cou, pendant 1 semaine*

**DEXYANE MED CREME REPARATRICE**

*2 fois par jour sur le cou*

**PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 04/07/2020**



Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE



190210 000811 9

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

A.P.P.V. : 30DH00

LOT : 9MA094  
PER.: 01 2022

30 g  
TUBE



Pierre Fabre

maphar - Casablanca

R. LAMRINI, Pharmacien Responsable

Usage local. Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Excipients : Vaseline, paraffine liquide, alcool cétystéarylique et  
éthér cétostéarylique de macrogol 1000 (EMULGADE 1000 NI),  
gallate de propyle, édétate de sodium, acide sorbique, eau  
purifiée pour 100 g.

Composition qualitative et quantitative :

Désonide : 0,1000 g.

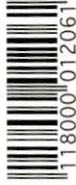
Désonide 0,1%  
Crème usage local

LOCATOP®

LOCATOP® 0,1 %

Crème

Tube de 30 g



6 118000 012061

LOCATOP® 0,1 %

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Médecine esthétique - Cosmétologie - Lasers  
Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles  
Maladies sexuellement transmissibles - Allergies - Brûlures  
Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers - Besançon  
Diplôme de dermatologie pédiatrique - Montpellier  
Diplôme de dermatologie et maladies du système - Paris



طب التجميل و العلاج بالليزر  
امراض و جراحة الجلد و الشعر و الاظافر  
الامراض المنقولة جنسيا - الحساسية - الحروق  
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بينرسون  
دبلوم الامراض الجلدية عند الاطفال - مونبولي  
دبلوم الامراض الجلدية و الباطنية - مارييس

الدار البيضاء في

**Mme CHORAIFI Amina**

**240620-112**



CHORAIFI Mina  
D.N : 03/21/1966

**Dr. Ouafae BEN-HIBA**  
Dermatologue - Vénérologue  
Avenue Dr. Slidjoudji  
Bd. Fantanet  
Sami 1er Etage - Bourgoine  
Casablanca  
Tel: 0522 56 5577 / Gsm: 06 54 47 02 15

Laboratoire  
 M. BENAZZOZ  
 Oum Rabiha  
 Abouab Oum Rabiha El Oula - Casa  
 Bl: 05 22 93 10 60 / fax 05 22 93 10 61  
 Rqs: 05 22 93 10 60 / fax 05 22 93 10 61  
 ICE : 0010684109000693

Anglo-Bd Taclojan et Avenue Dr Benhibat, Bld du phare, résidence Sam  
ler 4/5e, App. 3, Santiago - Capatzen  
Tel: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - Email: drbenhibat@gmail.com

رابع شارع طائيفي و شارع الدكتور استغلاماسي (شارع النمار سابقا)، اخافة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركين - الدار البيضاء  
الهاتف: 77 55 36 22 05 / 15 47 09 41 06 - البريد الالكتروني: drbenthiba@gmail.com



مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"  
Laboratoire de biologie médicale GèneLab  
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إحيائي

Laboratoire certifié par  
IMANOR  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

### Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : BENHIBA OUAFAE

Angle Bd Tan Tan et Avenue Dr Sijilmassi Résidence Sami 1er étage Appt  
3 Bourgogne Casablanca  
Tél : 0522365577 Fax :

Casablanca

Edité le : 25/06/2020

Mme CHORAIFI Mina

Date naissance: 21/03/1966

Code Patient : 17-05828

MUPRAS PY100%

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf: 240620-112



Dossier créé le : 24/06/2020

Patient prélevé le : 24/06/2020

Heure création: 14:44

Heure Plvt : 14:44 ± 15 min

Page : 1/1

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

Valeurs Usuelles

Antériorité

FERRITINE

: 35,00 ng/ml

( 15 - 200 )

(Tech. Chimieluminescence/Access)  
Valeurs usuelles en ng/ml

Age	
Nouveau-nés	150 - 450
2 - 3 mois	80 - 500
4 mois - 16 ans	20 - 200
Femme < 50 ans	15 - 150
Femme en ménopause	15 - 200
Homme	30 - 400

### ANALYSES DIVERSES

Valeurs Usuelles

Antériorité

VITAMINE D-25-Hydroxy-vitD ( 25 OH D2+D3 ) : 54,60 ng/mL

(Technique ELFA - Vidas)

45,2 (22/08/19)

47,3. (07/10/17)

Interprétation:

Déficient	: <20 ng/mL
Insuffisant	: 20 - 29 ng/mL
Suffisant	: 30 - 100 ng/mL
Toxicité potentielle	: 100 ng/mL

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Dr. Mohamed BENAZZOZ

Dr. Meriem HAOUANE

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفه - ( أمام مقر الخطوط الملكية المغربية ) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدرب البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - ( en face siège R.A.M ) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - الفاكس : 05 22 93 10 61 - الهاتف : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com