

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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité
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° W19-519698

37588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0344

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY Abdelmajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop / ALICHAFF II - n°21 S. Maarouf

CASABLANCA

Tél. : 0522 39 19 96

Total des frais engagés :

Dhs

0698.33.54.54

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A.M EL ALAQUI
HEMATOLOGUE
Oma Ibn Esselt Belvédère
Casablanca
GSM: 06 63 45 61 94

Date de consultation : 18/08/20

Nom et prénom du malade : HALMONY Abdelmajid

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome myélodysplasique

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 : 25/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

HALMONY

VOLET ADHERENT

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
18/05/20	CS	01	5	INP : 91046666 Dr. ALAOU Broché Savydèle Ami
19/05/20	CS	01	300,00	

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature	<div> <div> L01 : 201E006 PER: 006 2021 </div> <div> ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 </div> </div>
<p>Important :</p> <p>Vous devez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux</p>	

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

06
21
9 118000 061117

006
021

6 118000 061113

PPV 116DH40 LOT 01034 2
EXP 02/2022

FLOXAM®
Flucloxacilline
500 mg 24 gélules

FLOXAM
24 gélules 500 mg

مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél. : 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

19/08/2020

Docteur :

Dr HALMONY Abdelmajid



Cineaul 500

A epl. 4 30

15/10/2020 Xarelto 15

21/10/2020 A epl. 4 30

As fegid 500

11/6/90 Floxan 500
1 y 2 kg Xarelto



Dr. AM EL ALAËUI
HEMATOLOGUE
Omar Ibn-Essen Elvédère
Casablanca
GSM: 06 63 45 81 94

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE

CONSULTATION

N° : 2008191159593080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20A09513	HALMOUNY ABDELMAJID	19/08/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total	300.00

TROIS CENTS DIRHAMS

ACHIFAA
CASABLANCA

Le 19/08/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Date du prélèvement : 18-08-2020 à 15:33

Code patient : 1908062008

Né(e) le : 09-01-1930 (90 ans)

Mr Abdelmajid HALMONY

Dossier N° : 2008182020

Prescripteur : Dr A.M EL ALAOUI



(**): .

Prise de sang: **

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

16-03-2020

Leucocytes **	16.78	G/L	(3.90-10.20)	12.35
Hématies **	6.40	T/L	(4.00-5.65)	5.38
Hémoglobine **	13.9	g/dL	(12.5-17.2)	12.8
Hématocrite **	43.3	%	(37.0-49.0)	39.8
V.G.M **	67.7	fL	(80.0-101.0)	74.0
T.C.M.H **	21.7	pg	(27.0-34.0)	23.8
C.C.M.H **	32.1	g/dL	(30.0-36.0)	32.2

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles **	63.0	%		65.8
Soit **	10.57	G/L	(1.50-7.70)	8.12
Poly. Eosinophiles **	2.7	%		2.6
Soit **	0.45	G/L	(0.02-1.10)	0.32
Poly. Basophiles **	1.3	%		1.9
Soit **	0.21	G/L	(<0.35)	0.24
Lymphocytes **	24.0	%		21.6
Soit **	4.02	G/L	(>1.00)	2.67
Monocytes **	9.0	%		8.1
Soit **	1.51	G/L	(0.10-2.70)	1.00
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **	739	G/L	(150-450)	221

Commentaire : **

LEUCOCYTOSE. THROMBOCYTOSE

(**): .

Validé par le biologiste

EVOLULAB
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187 Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
Tél : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45
E-mail : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001