

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° W19-539344

ND 38553

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00600

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ARAQUE AHMED

Date de naissance : 31-12-1947

Adresse : 55 Bd Oum Loukous DUCRA

Tél. : 0707123332

Total des frais engagés : 11,42,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade : EL KASS ZAHRA

Age : 72/01/69

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 : CAS

Le : 20/06/2020

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
06/06/2020	C		300.00	INP : 09112410213

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/06/2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. SAÏB HAFIANE Analyses Médicales LABORATOIRE CR	03.06.20	B 8 10	945.00

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

VOLET ADHERENT

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		G																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 06/06/2020 في الدار البيضاء

7^e El Gars

1) 800 200 mg
1 gel le soir

Voie orale



10 gélules

LOT 13011
PER 11/32
PPV 020100

82,00

repas à 10 jours

2) Solupred 20 mg cp eff
4cp 1^o le matin ap.
de 1/2 v. eau à 5 jours

58,40

Solupred® 20mg



30) VitanevriL 28.80 x 2
 2 ep x 24 h matin
 ap.
 repas x 10 Jours Sou



فيتان 28.80
 بنفوتيامين 100 ملغ
 30 حبة ملبسة
 عن طريق الفم
 PPV LOT PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg
 30 comprimés pelliculés
 6 118000 180593

25x34x79
 3

بنفوتيامين 100 ملغ 28.80
 30 حبة ملبسة
 عن طريق الفم
 PPV LOT PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg
 30 comprimés pelliculés
 6 118000 180593

25x34x79
 12

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 06/06/2020 في الدار البيضاء

Calcémie

TSH

Créatinine

GOT, GPT, γ GT

cholestérol total, HDL, LDL

triglycérides

ABORATUORIO

Analyses Médicales

Dr. Saïd EL HAFIANE

199 Bd Oum Rabii - Casablanca

Tél : 05.22.90.90.44

N° ICE : 0016989080000008

7^e El Gass

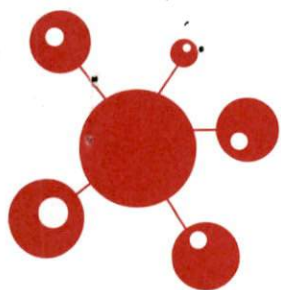
Zahra

تسنى عزمي



14, شارع باريس، الطابق الثاني، الدار البيضاء، الهاتف: +212 5 22 48 04 04 البريد الإلكتروني: cabinetrhumatologie14@gmail.com

14, Boulevard de Paris, 2^{ème} étage, Casablanca. Tél : +212 5 22 48 04 04 - E-mail : cabinetrhumatologie14@gmail.com



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 200600449

CASABLANCA le 23-06-2020

Mme Zahra ELGASS

Demande N° 2006232007

Date de l'examen : 23-06-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Calcium	B30	B
	Cholestérol	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Gamma G.T.	B50	B
	Transaminase GOT (ASAT)	B50	B
	Transaminase GPT (ALAT)	B50	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Triglycérides	B60	B
0154	Ferritine	B250	B
0163	TSH	B250	B

Total des B : 850

TOTAL DOSSIER : 945.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quarante-cinq dirhams

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05.22.90.90.44
N° ICE : 001698908000008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

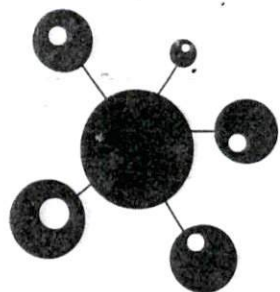
Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

A Casablanca, le Mardi 23 Juin 2020

Dossier N° : 2006232007

Mme Zahra ELGASS

Né(e) le : 17-05-1964

Date de l'examen : 23-06-2020

Prélevé le : au labo 23-06-2020 08:08

Prescription : Dr. HASNA AZMI

Mme Zahra ELGASS
CASABLANCA



BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec,gel,héparine

Ferritine

(Chimiluminescence, Beckman coulter)

52.9 ng/ml (30.0-400.0)

25-03-2016
27.6

Cholestérol total

(CHOD-PAP)

Intervalles de référence (ANAES) :

- Recommandé : < 2 g/l (5.2 mmol/l)
- Limites maximales : 2 à 2,40 g/l (5.2 à 6.2mmol/l)

1.82 g/l (1.50-2.40)
4.71 mmol/l (3.88-6.21)

25-03-2016
2.59

Triglycérides

(GPO-PAP)

0.89 g/l (0.35-1.40)
1.01 mmol/l (0.40-1.58)

25-03-2016
1.44

Cholestérol- HDL

(Méthode directe)

0.50 g/l (>0.40)
1.29 mmol/l (>1.03)

25-03-2016
0.57

LDL calculé

1.14 g/l (<1.60)
2.95 mmol/l (<4.14)

25-03-2016
1.73

Recommandations AFSSAPS 2005: "Objectif Thérapeutique" LDL-C :

Risque Cardio-Vasculaire préexistant	LDL Maximum conseillé
En absence de risque Cardio-Vasculaire	2.2 g/l soit 5.7 mmol/l
Avec 1 facteur de risque C.V	1.9 g/l soit 4.9 mmol/l
Avec 2 facteurs de risque C.V	1.6 g/l soit 4.1 mmol/l
Avec 3 ou + facteurs de risque C.V	1.3 g/l soit 3.4 mmol/l
Haut risque Cardio-Vasculaire	1.0 g/l soit 2.6 mmol/l

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008