

## 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° W19-519706

43263

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY Abdelmajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : COOP ALICRAFT n°21, Sidi Naarouf

Tél. : 0698 335457

Total des frais engagés : DH 478,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : HALMONY Abdelmajid Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome Myeloprolifératif

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

Signature de l'adhérent(e) : Halmony Le : 9 / 10 / 20

09 OCT. 2020



### 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
22/09/2020	...	01	300,00	Dr. A. MELALAOUI

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lot Alichraf 2 N°9 Sidi M. elarduf Casablanca	22/09/2020	178,00

### 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	

### 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		
	H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	D	G	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الاختصاصات الشفاء  
Clinique des Spécialités Achifaa

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

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 22/09/2020

Dr HALYOUNY Abdelmajid



69.00

4 Cureau 100

1 up tous les 3j  
Soir 1-0-0-1

218045  
2/178000

12 page 100  
1/5

- Boisson abondante

Dr. AM EL ALAOUI  
HEMATOLOGUE  
Oma Ibn Esselt Bâlyedère  
Casablanca  
CSH 0522 86 22 23

تحت إشراف الطبيب.  
في دواء  
للأطفال.

30°C.  
في:  
في:

وإشراف الطبيب.

الأطفال.

ال:



6 118001 260607

**CUREAML®**

**500 mg**

Hydroxycarbamide

voies orale

PPV: 69 DH 50

LOT : 20E006  
PER: 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E006  
PER: 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E006  
PER: 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E006  
PER: 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E006  
PER: 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

## Reçu de caisse

Médecin : DR. ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE

CONSULTATION

N° : 20092211495430800 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20A11352	HALMOUNY ABDELMAJID	22/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total	300.00
		TROIS CENTS DIRHAMS



Date du prélèvement : 16-09-2020 à 09:17

Code patient : 1908062008

Né(e) le : 09-01-1930 (90 ans)

**Mr Abdelmajid HALMONY**

Dossier N° : 2009162009

Prescripteur :



(\*\*) :

Prise de sang: \*\*

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

18-08-2020

Leucocytes **	12.05	G/L	(3.90-10.20)	16.78
Hématies **	5.45	T/L	(4.00-5.65)	6.40
Hémoglobine **	12.5	g/dL	(12.5-17.2)	13.9
Hématocrite **	38.8	%	(37.0-49.0)	43.3
V.G.M **	71.2	fL	(80.0-101.0)	67.7
T.C.M.H **	22.9	pg	(27.0-34.0)	21.7
C.C.M.H **	32.2	g/dL	(30.0-36.0)	32.1

### FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles **	67.8	%		63.0
Soit **	8.18	G/L	(1.50-7.70)	10.57
Poly. Eosinophiles **	3.5	%		2.7
Soit **	0.42	G/L	(0.02-1.10)	0.45
Poly. Basophiles **	1.6	%		1.3
Soit **	0.19	G/L	(<0.35)	0.21
Lymphocytes **	20.6	%		24.0
Soit **	2.48	G/L	(>1.00)	4.02
Monocytes **	6.5	%		9.0
Soit **	0.78	G/L	(0.10-2.70)	1.51
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **	329	G/L	(150-450)	739

Commentaire : \*\*

LEUCOCYTOSE  
MICROCYTOSE

(\*\*) :

Validé par le biologiste

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
Pharmacien Biologiste  
187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca  
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com  
RC : 267035 - ICE : 001666539000001