

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 Aïal Ben Abdellah - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20900 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie *NSR OCC*

N° W19-514823

ND° = 17526

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7047* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : *BENAGHIN MOHAMED*

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 : *NSR*

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° W19-514823

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 Aïal Ben Abdellah 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-447374

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7047 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAGHMIR MOHAMMED

Date de naissance : 23 MAI 1963

Adresse : LOT HAT FATEH6 NR13 EL OUL FA CABA

Tél : 0662 766238 Total des frais engagés : 939,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.08.2019

Nom et prénom du malade : Youssef Benaghmir Age : 56

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 26.08.2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-447374

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 : 7047
Nom de l'adhérent(e) : BENAGHMIR
Total des frais engagés : 939,80
Date de dépôt : 20.11.19

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
06-8-19	Q	2	259,40	INP : 0912010691

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA Lot. Hajjateh Rue 6 N° 3 Lot 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28	26/08/19	249,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DOUALAB Laboratoire d'Analyses Médicales 01 Lot Hajjateh, Oulfa Casablanca 0522 300 300 ray (0522) 900 700	28/08/19	B310	440,40

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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة
بالبليضاء

Casablanca, le 26-8-19 في الدار البيضاء

Benaglemi youssef.

35.70 x 2

- Naltola

1000 x 2 l

89.00 x 2

- Fitola

1000 l

249.40

**STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA**
Lots. Haj fath Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Res. Abrages Abdelmoumen Casa
Tél/Fax: 0522 25 25 26 - 0522 25 26 27
Gsm: 0661 14 74 41

AS

35,70

x 2 mois

35,70

x 2 mois

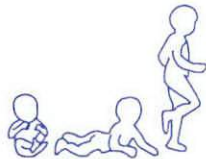
250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrages Abdelmoumen 1er Etage
(Entre Bd. My Idriss 1er & Bd. Anoual)

Tél.Fax : 05.22.25.25.26 / 05.22.25.25.27 - Email : minaoumlil@hotmail.fr - Urgence GSM : 06.61.14.74.41

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة
بالبياض

Casablanca, le 26-8-19 في الدار البيضاء

Bonaghimir Youssef

NFS

Ferritine

DOUALAB
Dr. DADOUNE LOUBNA
Laboratoire d'Analyses Médicales
01 Tot Hal-areh, Oulfa Casablanca
تلفون: 300 راس 105221900 زر.

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatrie
250, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage
RABAT - Abrajés Abdelmoumen - Casa
Tél: 05.22.25.25.26 - 05.22.25.25.27
Gsm: 06.61.14.74.41

250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajés Abdelmoumen 1er Etage
(Entre Bd. My Idriss 1er & Bd. Anoual)

Tél.Fax : 05.22.25.25.26 / 05.22.25.25.27 - Email : minaoumlil@hotmail.fr - Urgence GSM : 06.61.14.74.41

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DOUALAB

Dr DADOUNE Loubna

Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Immunologie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa

(Près Rond point CHEHDIA)

Casablanca

Tél. : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700

Casablanca le 28 août 2019

Enfant BENAGHMIR YOUSSEF

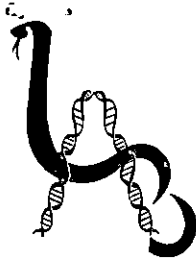
FACTURE N°	158725
------------	--------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 310
Ferritine -----	B	230	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			440,40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Quarante Dirhams et Quarante Centimes

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire d'Analyses Médicales
301 Lotissement Haj Fatah, Oulfa (Casablanca)
Tél : 0522 900 300 Fax : 0522 900 700



مختبر التحاليل الطبية د.علاء لاب

Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna
Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie
Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

Enfant BENAGHMIR YOUSSEF

Réf. : 19H4A5

Dossier ouvert le : 28/08/19

Prélèvement effectué à 12:55

Edition du : 28/08/19

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales de 0 à 5 ans	Antériorités 24/06/19
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----	4,80	M/mm ³	3.5 - 5.55	4,40
Hémoglobine -----	12,5 *	g/100 ml	13 - 18	11,3
Hématocrite -----	38	%	33 - 54	34
- V.G.M. -----	79 *	μ ³	83 - 98	
- T.C.M.H. -----	26 *	pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----	33	g/100 ml	30 - 35	

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----	10 200 *	/mm ³	4000 - 10000	9300
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----	53	%	30 - 60	
Soit :	5 406	/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----	1	%	1 - 3	
Soit :	102	/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----	0	%	< 1	
Soit :	0	/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----	40	%	30 - 60	
Soit :	4 080	/mm ³	1500 - 6500	
Monocytes -----	6	%	1 - 8	
Soit :	612	/mm ³	40 - 800	

PLAQUETTES

Résultat -----	287 000	/mm ³	150000 - 400000	309000
----------------	---------	------------------	-----------------	--------

MARQUEURS

			Normales	Antériorités
Ferritine -----	19,37	ng/ml		21,48
Hommes :	30 à 350	ng/ml		
Femmes cycliques :	20 à 250	ng/ml		
Femmes ménopausées :	25 à 400	ng/ml		
Enfants : A la naissance :	100 à 300	ng/ml		
< à 1 an :	20 à 100	ng/ml		
> à 4 ans :	Idem adultes			

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire d'Analyses Médicales
101 Lot Haj Fatah, Oulfa Casablanca
(0522) 900 300 - Fax (0522) 900 700

301, تجزئة الحاج فاتح الألف (قرب مسجد الحاج فاتح) - الدار البيضاء - الهاتف : (0522) 900 300 - الفاكس : (0522) 900 700

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa (Prés Mosquée Haj Fatah) Casablanca - Tél. : (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700

Patente : 36225779 - RC : 400950 - IF : 40481510 - CM'S : 9044752 - ICE : 000435300000002