

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-496850

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) **227LI**

Matricule : **1935** Société : **Ram**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ZOUINKA BOUCHAIB**

Date de naissance : **24/3/1953**

Adresse : **N° 222 L.T. RIAD SALAM BD RIAD**  
**MOHAMMEDI**

Tél. : **0654060797** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AMRANI EL MOSTAFA  
Omnipraticien  
1, Rue Abderrahmane Serghini  
Tél : 05 23 22 28 55 / Mohammed

Date de consultation : **10/02/2020**

Nom et prénom du malade : **RAFFA HALIMA** Age: .....

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

Nature de la maladie : **Cataracte HTA**

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) : .....

ACCUEIL



### 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
10 Fev 2020			1509	INP: 05 28 32 28 65 / Mohamed El Mostafa

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/04/2020	B 385 X 1.34	525,10

### AUXILIAIRES MEDICAUX

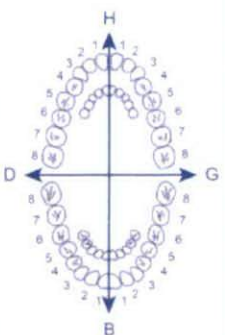
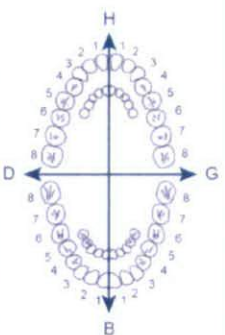
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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 El Amrani El Mostapha

MEDECINE GÉNÉRALE

1, Rue Abderrahmane Serghini  
Mohammedia



الدكتور العمراني المصطفى

الطب العام

1، زنقة عبد الرحمن السرجيني  
المحمدية



: 05.23.32.28.65



: 06.61.15.21.86

Mohammedia le : ..... 10 Fevr 2020 ..... المحمدية في

DATA Ep - Townat Helema

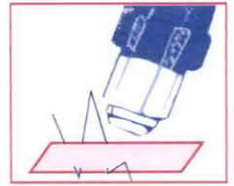
- NFS VS

- gly urea  
Chut TG

- T S A



الدكتور العمراني المصطفى  
Dr. EL AMRANI EL MOSTAFA  
Omni praticien  
1, Rue Abderrahmane Serghini  
Tél: 05 23 32 28 65/Mohammedia



INPE : 093001816

**Facture n° 45435**

INPE: 093001816    ICE: 001644349000059    Patente : 39403860    IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 11/02/2020

Analyses effectuées le: 11/02/2020

Pour.....: **Mme RAFA HALIMA EP ZOUINKA**

Sur prescription du: Dr EL AMRANI

Code.....: 02I9068



**EXAMENS EFFECTUES :**

NFS VS GLY CREAT CT TRIGL TSHUS

Cotation : (B 385 )

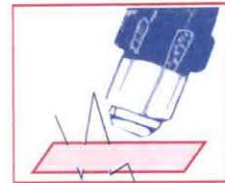
**Montant Net : 525.00      Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CINQ CENT VINGT CINQ Dhs 00 Cts**







# Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



02I9068

Prélèvement du : 11/02/2020

Référence : 50211667

11/02/2020

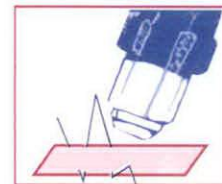
Mme RAFA HALIMA EP ZOUINKA

Médecin: Dr. EL AMRANI

## EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats		Normes	Antécédents
<b>NUMERATION GLOBULAIRE</b>				
(sysmex KX 21N)			Femme	
Globules rouges.....:	<b>4.64</b>	M/mm3	(4.0 - 5.4)	
Hemoglobine.....:	<b>13.4</b>	g/100 ml	(11.5 - 15.5)	
Hematocrite .....	<b>37</b>	%	(35 - 47)	
V.G.M .....	<b>80</b>	μ3	(80 - 95)	
T.C.M.H.....:	<b>29</b>	pg	(27 - 32)	
C.C.M.H.....:	<b>36.2</b>	%	(32 - 36)	
Plaquettes .....	<b>196000</b>	/mm3	150000-400000	
Globules blancs.....:	<b>4 400</b>	/mm3	(4.000 - 10.000)	
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>				
Polynucléaires Neutrophiles:	<b>51</b>	%	(50-75)	
soit.....:	2244	/mm3	(2000 - 7500)	
Polynucléaires Eosinophiles:	<b>2</b>	%	(0-4)	
soit.....:	88	/mm3	( < 400)	
Polynucléaires Basophiles..:	<b>-</b>	%	(0-1)	
soit.....:		/mm3	( < 100)	
Lymphocytes.....:	<b>42</b>	%	(25-35)	
soit.....:	1848	/mm3	(1500 - 2100)	
Monocytes .....	<b>5</b>	%	(2-8)	
soit.....:	220	/mm3	(100 - 800)	
<b>VITESSE DE SEDIMENTATION</b>				
1ère Heure.....:	<b>20</b>	mm	< 10	
2ème Heure.....:	<b>50</b>	mm	< 20	

LABO Ibn Yassine  
 Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE  
 Rue de Fès - Mohammedia  
 Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01



# Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



02I9068

Prélèvement du : 11/02/2020

Référence : 50211667

11/02/2020

Mme RAFA HALIMA EP ZOUINKA

Médecin: Dr. EL AMRANI

## EXAMENS DE SANG BIOCHIMIE

Analyses	Résultats		Normes	Antécédents
Glycémie..... :	<b>0.96</b> 5.33	g/l mmol/l	(0.70 - 1.10) 3.88-6.10	
Créatinine..... :	<b>7.30</b> 64.2	mg/l μmol/l	(6 - 12) (53-106)	
Cholestérol Total..... :	<b>2.24</b>	g/l	(1.50-2.20)	
Triglycérides..... : Soit..... :	<b>1.26</b> 1.44	g/l mmol/l	(0.5 -1.50) (0.57-1.71)	

## ENDOCRINOLOGIE

### T.S.H Ultra sensible

(AIA 360)

RESULTAT..... : **1.71** uUI/ml (0.38-4.31)

LABO Ibn Yassine  
 Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE  
 Rue de Fès - Mohammedia  
 Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01