

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

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° P19- 053123

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9563 Société : RAM (57199)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : EX-AGNT
Nom & Prénom : LAAMRI Meh REDA
Date de naissance : 13-10-1970
Adresse : RESIDENCE MANZAH CAUFORNIA VILLA 20
EL JANINA
Tél. : 0663443423 Total des frais engagés : #122,50 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2021
Nom et prénom du malade : Taoufik Housseine Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Aneurysme sévère
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 : CASA

Le : 13/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13/11/2021		CL	G	

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
	13/01/2022	B 6 5 4 3 2 1	12250

AUXILIAIRES MEDICAUX

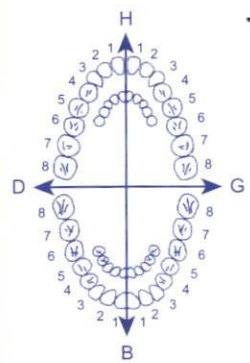
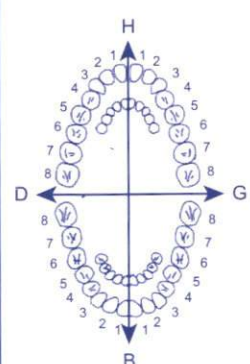
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	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

CLINIQUE DOUKKALA

مُصْحَة دكالة

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE - URGENCES 24h/24h

- Pathologie médicale (Gastro-entérologie, Cardiologie, Pneumologie, Pédiatrie)
- Chirurgie Générale, Traumatologie Orthopédie, Urologie, ORL
- Accouchement et Chirurgie gynéco-Obstétrique
- Réanimation, Soins Intensifs
- Exploration radiologique

- الأمراض الطبية أمراض الجهاز الهضمي
- أمراض القلب - الأمراض التنفسية - طب الأطفال
- الجراحة العامة - جراحة العظام و التقويم - جراحة
- المسالك البولية - جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
- التوليد و جراحة أمراض النساء
- الإنعاش - العناية المركزة
- الكشف بالأشعة و الصدى

El Jadida, le 13/11/2021

Dr Toufik Henou

NFR de contrôle



تنبيه : لفحوص المراقبة المرجو من المرضى الحضور بعد الزوال ابتداء من الساعة الرابعة ما عدى يوم السبت و الأحد و أيام الأعياد
N.B : Pour les examens de contrôle : les malades sont priés de se présenter les après-midis à partir de 16h.

sauf le samedi dimanche et les jours fériés

146, شارع الحسن الثاني - الجديدة

146, Avenue Hassan II - El Jadida

Tél : 05 23 34 31 72 - 05 23 35 07 10

Fax : 05 23 34 02 31 - GSM : 06 61 41 58 31

Autorisation du 21/04/1978

Identifiant commun de l'entreprise N° 0016063240000086

Identifiant Fiscal N° : 63909290

CNSS N° 1772822

Taxe Professionnelle N° : 42106791

INP : 110002813

INPE : 111139275



مختبر التحليلات الطبية إيمان

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IMANE

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

Dr. Ahmed MESBAHI

Pharmacien Biologiste

El Jadida, le :

El Jadida le 13 janvier 2021

Madame TAOUFIQ HANANE

FACTURE N°	21290
Analyses :	
Numération formule sanguine (plaquette -----)	B 65 Total : B 65
Prélèvements :	
Sang-----	Pc 1,5
TOTAL DOSSIER	122,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Deux Dirhams et Cinquante Centimes

LABORATOIRE IMANE

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IMANE
Dr Ahmed MESBAHI
Tél/Fax : 05 23 37 20 88



مختبر التحليلات الطبية إيمان

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IMANE

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

Dr. Ahmed MESBAHI
Pharmacien Biologiste

El Jadida, le : 13/01/21

Dossier ouvert le : 13/01/21.
Prélèvement effectué à 10:08.

Madame TAOUFIQ HANANE
Docteur MOHAMED BAYAD
Dossier N° : 21A862

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sur SYSMEX KX 21)

Normales
(Femme Adulte)

NUMERATION GLOBULAIRE

LEUCOCYTES	:	6,49	10 ³ /mm ³	4 - 10.
HEMATIES	:	4,62	10 ⁶ /mm ³	4 - 5,4
* HEMOGLOBINE	:	9,90	g/100 ml	12 - 15
* HEMATOCRITE	:	34	%	37 - 47
* VOLUME GLOBULAIRE (V.G.M.)	:	74	μ	83 - 98
* CHARGE (T.C.M.H.)	:	21	pg/l	27 - 32
* CONCENTRATION (C.C.M.H.) (Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine)	:	29	%	30 - 35
PLAQUETTES	:	324	10 ³ /mm ³	150 - 400

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. NEUTROPHILES	:	70,7	%	4,6	10 ³ /mm ³	50 - 75 %
* P. EOSINOPHILES	:	4,6	%	0,3	10 ³ /mm ³	1 - 3 %
* P. BASOPHILES	:	1,5	%	0,1	10 ³ /mm ³	< 1 %
* LYMPHOCYTES	:	16,3	%	1,1	10 ³ /mm ³	20 - 40 %
MONOCYTES	:	6,9	%	0,4	10 ³ /mm ³	3 - 7 %

Dr. Ahmed MESBAHI
Pharmacien Biologiste
Tél. : 05 23 37 20 88