

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.

Educations :

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.

Prothèse 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.



Déclaration de Maladie
N° M21- 0015970

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28113 Société : 6334A
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AYOUB MOUSTAFA ELMANE
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661-312342 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 :
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 : 15 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																				
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VOLET ADHERENT NOM : Mle DECLARATION N° W16-092335 Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																				

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-092335	DATE DE DEPOT/...../2024
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2813	
Nom & Prénom		AAJLANE SAADIA	
Fonction	retraitee	Phones	0661312312
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient AAJLANE SAADIA		
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age Date 09/03/24
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
infect covid			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Controle		Entité 7	
PHARMACIE	Date 09/03/24		
Montant de la facture	L.N.P.E. 0920434622		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 10.03.24	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B+30 127	1030,00		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr Amina JAI HOKIMI

Epouse BENFKIRA

MEDECINE GENERALE

ALLERGOLOGIE

ET ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplôme d'allergologie
de la Faculté de Médecine Paris

Ancien Médecin

Attaché des Hôpitaux de Paris

Tests cutanés et Explorations

fonctionnelles respiratoires

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
p.p.v. : 27,70 DH
Bayer S.A.



الدكتورة أمينة جاي حكيمي

زوجة بنفكيره

الطب العام

أمراض الحساسية

و الفحص بالصدى

طبيبة سابقا في مستشفيات

باريس

Casablanca, Le

09/03/2021

الدار البيضاء، في

N° - AAJLANE Saadia

2720
1)

Cardiaspirine
1cp a une l'ap

PHARMACIE MODERNE
1 Dr. A. Zakaria Hassan
Docteur en Chimie
Postul. Etat en Pharmacie
68, angle Bd du 11 Janvier et Mustajida
El Maa à N° - 100 A S A E L A N° 100 A
Tél : 0522 22 49 15 - Fax : 0522 20 36 07
E-mail: ahmedzakariahasan@gmail.com

2) Catepal 100 mg

3cp le matin ap le nuit
Pyri pr 3j.

ni 2cp de 4-4-4
1cp le 6j

PRAZO 100 mg 1cp le 7
1cp le 8 - 7j

Dr. Amina JAI HOKIMI
Médecine Générale Allergologie
137, Bd Moulay Youssef - CASA

Dr Amina JAI HOKIMI

Epouse BENFKIRA

MEDECINE GENERALE

ALLERGOLOGIE

ET ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplôme d'allergologie

de la Faculté de Médecine Paris

Ancien Médecin

Attaché des Hôpitaux de Paris

Tests cutanés et Explorations

fonctionnelles respiratoires

الدكتورة أمينة جاي حكيمي

زوجة بنفكير

الطب العام

أمراض الحساسية

و الفحص بالصدى

طبيبة سابقا في مستشفيات

باريس

Casablanca, Le

09/03/2011

الدار البيضاء، في

BIOMEDICA
Tél : 052 122 122
N° 087160485
001688679999832

Dr. AJLANE SAADIN

1)

- NFS + Ferritineémie

- D. Dimères

FC\$30

Dr. Amina JAI HOKIMI
Médecine Générale Allergologie
137, Bd Moulay Youssef - CASA



Laboratoire
BIOMEDICA



مختبر
بيومديكا

Dr. Fathallah Harim

Pharmacien Biologiste

A. Interne du C.H.U. de Grenoble

A. Chef du Laboratoire d'Hygiène

Casablanca, le 10-03-2021

FACTURE N° FCS30

Mme ~~Mr~~ AAJANE LAADIA

Veuillez trouver la note d'honoraires concernant

les analyses médicales faites au laboratoire et

demandées par le Dr ELJAI-H-A

Le montant s'élève à 1030,00 Dh

Dr. Fathallah Harim

BIOMEDICA
Tél : 857 123
INPE : 97159255
ICE : 001688679000032

Dr. Fathallah Harim

Pharmacien Biologiste

A. Interne du C.H.U. de Grenoble

A. Chef du Laboratoire d'Hygiène

Docteur : EL JAI-H-A

Prél. le : 10/03/2021

Edité le : 10/03/2021

Nom : Mme AAJLANE SAADIA

Réf : FCS30

Resultats Unités Valeurs Normales

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE

HEMATIES.....	4 931 000	/mm3	[4 000 000 -- 5 400 000]
HEMOGLOBINE.....	14.4	g/dl	[12 -- 16]
HEMATOCRITE.....	44.8	%	[35 -- 45]
- VGM.....	90.85	µ3	[85 -- 95]
- CGMH.....	32.14	%	[32 -- 36]
- TGMH.....	29.2	pg	[27 -- 33]
LEUCOCYTES.....	5 300	/mm3	[5 500 -- 8 500]
POLY. NEUTROPHILES.....	57.2	%	[50 -- 75]
POLY. EOSINOPHILES.....	1.6	%	[1 -- 3]
POLY. BASOPHILES.....	0.5	%	[0 -- 1]
LYMPHOCYTES.....	32.9	%	[25 -- 38]
MONOCYTES.....	7.8	%	[2 -- 9]
PLAQUETTES.....	252 000	/mm3	[200 000 -- 400 000]

Sysmex XN - 350.

D.DIMERES

RESULTAT..... 1.37 mg/l

Valeurs usuelles < 0.25 mg/l

Technique Chimilunescence.

Automate SNIBE MAGLUMI 800.

BIOMEDICA
160, Rue M. Maâni - Casablanca

Dr. Fathallah Harim

Pharmacien Biologiste

A. Interne du C.H.U. de Grenoble

A. Chef du Laboratoire d'Hygiène

Docteur : EL JAI-H-A

Prél. le : 10/03/2021

Edité le : 10/03/2021

Nom : Mme AAJLANE SAADIA

Réf : FCS30

Resultats Unités Valeurs Normales

BIOCHIMIE

FERRITINE

RESULTAT.....

Tech.ELFA-AUTOMATE VIDAS.

240.3 ng/ml. [10 -- 160]

Dr.HARIM

BIOMEDICA
160, Rue M. Maâni - Casablanca