

## 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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° W21-614928

65653

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3071 Société : RAL

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661782752 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecine Générale  
D.I.U. Diététique et Diabétique  
373, Bd Souhail Erroumi, 1er Etage  
Casablanca

Date de consultation : 26/12/2021

Nom et prénom du malade : BEN BOUSSEKHAN Rahn Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension - Affection Longue Durée

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 : 28/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-614928

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 : 3071

Nom de l'adhérent(e) : Bencheikh Ahmed

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
06/03/2011		153.00		
06/03/2011				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/2011	552.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/03/2011	B730	840.50

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

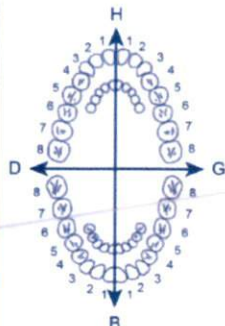
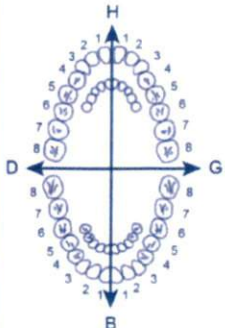
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, 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 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

**Dr. Souad OUZIT**

Médecine générale

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولى  
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : 03 mars 2024

Mme BENBOUSALHAM RABIA

LEVOTHYROX 50

1+1/2 CP LE MATIN

D3 NORM GOUTTE BUvable

20GUTTES / J

osteocaire

1 cp/j

Traitement pendant : 3 Mois

BIPROFENID 150 CP

1 CP/J

RELAXOL500MG/2MG 20 CPS

2CP X2/J

Traitement pendant : 7 jours

ZAVIT TONUS n1

Rendez vous le /:

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

PHARMACIE GHOFRANE  
Bloc "C" Rue 2 N° 116  
Al Qods - Bernoussi  
Tél.: 022.73.26.31 - Casa

373 شارع هيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72  
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72



# D3NORM<sup>®</sup>

100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

Lot: 200683  
A consommer  
avant le: 11/2023  
PPC: 79,50 DH

# D3NORM<sup>®</sup>

100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

Lot: 200793  
A consommer  
avant le: 12/2023  
PPC: 79,50 DH

# D3NORM<sup>®</sup>

100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

Lot: 200793  
A consommer  
avant le: 12/2023  
PPC: 79,50 DH

# ZAVIT<sup>®</sup>

Tonus

Lot : 19 352  
A consommer de  
préférence avant le : 12/2022  
PPC : 89,90 DH



6 118001 102013  
Levothyrox<sup>®</sup> 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox<sup>®</sup> 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox<sup>®</sup> 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox<sup>®</sup> 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox<sup>®</sup> 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox<sup>®</sup> 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



# مختبر يافا للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Yafa

BOICHIMIE - HEMATOLOGIE - MICROBIOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

د. أمال الخفيف رمضان

Patente : 31643475 - IF : 53000550 - CNSS : 2064872 - ICE : 001540529000093

تاريخ إجراء  
التحاليل غير قابل  
للتغير

FACTURE N° : 210300071

Casablanca le 01-03-2021

Mme BENBOUSALHAM Rabia

Demande N°: 2103010119

Date de l'examen : 01-03-2021

**INPE**  
**093003440**

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement	E10	E
0118	Glycémie	B30	B
0163	TSH	B250	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B : 730

Total dossier: 849.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
huit cent quarante-neuf dirhams cinquante centimes

Signature  
Laboratoire d'Analyses Médicales Yafa  
Dr. El Khafif Amal  
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54  
Hay Al Qods Sidi El Bernoussi Casablanca  
Tél: 05 22 75 86 77 - Fax: 05 22 76 84 39

Horaires continus : du Lundi au Vendredi : 7h30 - 17h00 / Samedi : 7h30 - 13h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54 Moubaraka Hay Al Qods Sidi El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 86 77 - 05 22 75 93 10 / Fax : 05 22 76 84 39 / E-mail : laboyafa@hotmail.com

**Dr. Souad OUZIT**

Médecine générale

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولى  
على دبلوم جامعي في التغذية وداء السكري

Casablanca le 26/12/2021 : الدار البيضاء في

**MME BENBOUSALHAM RABIA**

Analyses :

TSH ultra sensible  
25 OH VIT D2 D3  
GAJ

Laboratoire de Diagnostic Médical YAF  
Dr. ALI YAFI Amal  
Bd Mbarek Ben Bouber Hammedi N° 52 54  
Hay Al Qoud Mansour III Bernoussi Casablanca  
Tél: 05 22 73 72 72 / Fax: 05 22 76 84 40

Rendez vous le :

21/12/21

373 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72  
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi -Casa -Tél.: 05 22 73 72 72



# مختبر يافا للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YAF A

BOICHIMIE - HEMATOLOGIE - MICROBIOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

د. أمال الخفيف رمضاني

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

Prélèvement du : 01-03-2021  
Edition : 01-03-2021

Mme BENBOUSALHAM Rabia

Code Patient 2103010119 Référence : 2103010119

Prescripteur : Dr OUZIT Souad

Page : 1/1

### BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Glycémie à jeun  
(Hexokinase G6PD-H Cobas C311)

1.17 g/L  
6.49 mmol/L

(0.82-1.15)

(4.55-6.38)

### BILAN ENDOCRINIEN

#### Bilan thyroïdien

TSH-Thyréostimuline  
(ECLIA Cobas e411)

2.11 mUI/L

(0.27-4.20)

### VITAMINES

25-OH-Vitamine D (D2+D3)  
(Roche Cobas e411)

22.20 ng/ml  
55.5 nmol/l

Interprétation:

	ng/ml	nmol/l
Déficience :	<20	<50
Insuffisance :	20-29	52.5-72.50
Suffisance :	>=30	>=75

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 7h30 - 17h00 / Samedi : 7h30 - 13h

Prélèvements : 05 22 75 86 77 / 05 22 76 84 39

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54, Moubaraka Hay Al Qods Sidi El Bernoussi - Casablanca  
Tél.: 05 22 75 86 77 / Fax : 05 22 76 84 39 - E-mail : laboyafa@hotmail.com

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF A  
Dr. EL KHAFFI Amal  
Boulevard Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
05 22 75 86 77 / 05 22 76 84 39