

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 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° W21-624015

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06930 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : N. OMAK ABDE RRAZZAK
 Date de naissance : 08/10/1961
 Adresse : LOT 121 HADJ FATEH - 2ème Etage OULFA
 CA SABIQVIA
 Tél. : 0668140416 Total des frais engagés : 534,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : AHMINE HAMDOHA OMAK Age : 56 ans
 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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	
				INP : [][][][][][][][][][]	

[illegible][illegible]

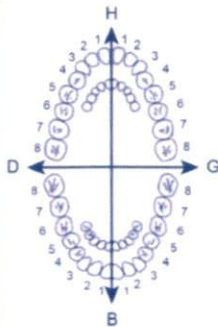
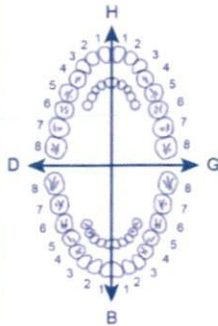
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

[Handwritten signature]

ORDONNANCE

Docteur :

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten text: GA 153]

DOUAI LAB
Dr. DADOUNE LOUBNA
Laboratoire d'Analyses Médicales
301 Lot Haj Faten Oulfa - Casablanca
Tél : (0522) 900 360 - Fax : (0522) 900 700

Dr. KHALLOUFI Chadia
gynécologie obstétrique
CHU Ibn Rochd - Casa



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - أدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

25/01/2020

ORDONNANCE

Docteur :

Dr. Hamma cheur
Doha

- S6cm
- ATCD - ∅
- suite pour AB Lee seu Gault
- M N Hx
- Veruyl OP Reineux
- scintigraphie osseuse

Dr. KHALLOUET
Gynécologue
CHU Ibn Rochd

RDV @ 15/03/2021
8h00

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل



Casablanca, le: 25/10/2021

ORDONNANCE

Docteur :

A: II

Le Hamim, chez Bob

56

ATCD = P

surin, pour rétro de son Gaudy

T₁ N₁ M₀

435g

Voulez voir le me
TDA TAP

Dr. KHALIL OUFY Chadia
Gynécologue-obstétricienne

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 12 mars 2021

Madame HNINE CHAMSDOHA

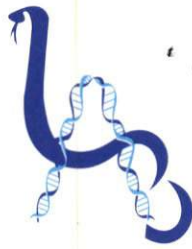
FACTURE N°	191863
------------	--------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 380
CA 15 - 3 -----	B	300	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			534,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Trente Quatre Dirhams et Vingt Centimes

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



مختبر التحاليل الطبية دُعاء لاب

Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna
Médecin biologiste

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

Madame HNINE CHAMSDOHA

A CHU

Réf. : 21C36A

Dossier ouvert le : 12/03/21

Prélèvement effectué à 10:26

Edition du : 12/03/21

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales (Femme Adulte)	Antériorités 28/09/20
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----:	4,00	M/mm ³	3,5 - 5,5	3,80
Hémoglobine -----:	11,7	g/100 ml	11 - 15	11,6
Hématocrite -----:	36	%	36 - 48	36
- V.G.M. -----:	90	μ ³	80 - 99	
- T.C.M.H. -----:	29	pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----:	33	g/100 ml	30 - 35	

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----: 6 000 /mm³ 4000 - 10000 4800

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	69	%	50 - 70	
Soit :	4 140	/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1	%	1 - 3	
Soit :	60	/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----:	0	%	< 1	
Soit :	0	/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----:	24	%	20 - 40	
Soit :	1 440	/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----:	6	%	1 - 8	
Soit :	360	/mm ³	40 - 800	

PLAQUETTES

Résultat -----: 250 000 /mm³ 150000 - 400000 190000

MARQUEURS

			Normales	Antériorités
CA 15 - 3 -----:	41, 70	* UI/ml	< 25	

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire
301 Lot Haj Fatah
Casablanca
Tél : (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700