

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-608338

68033



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

HALMONY

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

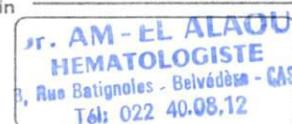
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

475,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

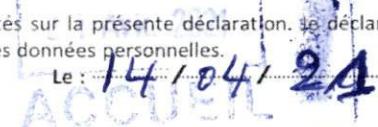
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/04/21



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/04/2021	71.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05.06.2011	Dr. L. DOURKALI - KHALF.	100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

09/04/21

Docteur :

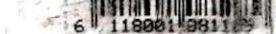
DR. HALMYNY

Abdelmajid

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 20E023
PER : 06 2022



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 20E021
PER : 06 2022
6 118001 981169



35,70₾

Kardegic 160 on

T: 31.4°

equivalent

18f j Non Stop :



Dr. AM-EL ALAOUI
HEMATOLOGISTE
1, Rue Baignoles - Bivouac
Tél: 022 40 08 12 - 0522 584717

Dr. Am-El Alaoui

مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

09/04/21

Docteur :

DR HALMOUNY

HALMOUNY
abdelmajid 1930



21D318

09/04/21

Abdelmajid

Couture le plastron

Dr. DOUKKALI - KHALF
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:09006019

Dr. AM - EL ALAOUI
HEMATOLOGIE
3, Rue Battignolles - Bouskoura - CASA
Tél: 022 408812

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE

LABORATOIRE

N° : 2104091235015810 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21A05411	HALMOUNY ABDELMAJID	09/04/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		104.00
PAYANT	Total	104.00
	CENT QUATRE DIRHAMS	



Casablanca le 9 avril 2021

Monsieur HALMOUNY ABDELMAJID

Externe

FACTURE	1817/2021
---------	-----------

Analyses :		
Numération formule sanguine		Total : B 80

Prélèvements :		
Sang		

	TOTAL DOSSIER	104,00 DH
--	---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Quatre Dirhams





Dossier ouvert le : 09/04/21

Monsieur HALMOUNY ABDELMAJID

Prélèvement reçu à 11:47

DDN : 1930

Edition du : 09/04/21 à : 12:00

Réf. : 21D318

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(ABBOTT/ RUBY)

Normales
(Homme Adulte)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	3,86	*	M/mm ³	4,5 - 5,55
Hémoglobine -----:	9,8	*	g/100 ml	14 - 17
Hématocrite -----:	28	*	%	40 - 50
- V.G.M. -----:	72	*	μ ³	80 - 95
- T.C.M.H. -----:	25	*	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	36	*	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	12 700	*	/mm ³	4000 - 10000
----------------------------------	--------	---	------------------	--------------

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	78,4	*	%	50 - 70
Soit :	9 957		/mm ³	2000 - 7500
Lymphocytes -----:	10,4	*	%	20 - 40
Soit :	1 321		/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----:	6,5		%	1 - 8
Soit :	826		/mm ³	40 - 800
Polynucléaires Eosinophiles -----:	2,8		%	1 - 3
Soit :	358		/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----:	1,9	*	%	< 1
Soit :	235		/mm ³	< 100

PLAQUETTES

Résultat -----:	389 000		/mm ³	150000 - 400000
-----------------	---------	--	------------------	-----------------

Dr. DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP: 0090060419