

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

- 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.

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° W19-454404

68603

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7838

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AMAROUCH KHALID

Date de naissance :

27/05/1967

Adresse :

2 Rue BASCOUSE ETG 1-APT 2 - RU DES HOPITAUX - CASABLANCA

Tél. :

06 67 69 13 66

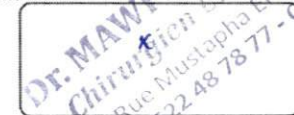
Total des frais engagés :

607,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

07

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

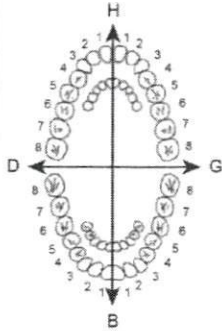
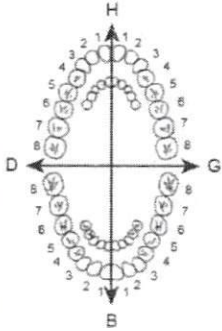
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Casablanca, le 07/04/2021

ORDONNANCE

Nom : AMARSUCH Prénom : ALI

ECBU

LABORATOIRE STENDHAL
VAL FLEURY
37, Rue George Sand - Maarif
M. CASABLANCA
Tél: 05 22 25 59 77 / 05 22 98 43 54

Clinique HAMDANI
Angle Rue Batinia et rue 93
Quartier la Famille Française
Derb Ghallef Maarif - Casablanca
Réception et RDV

05 22 48 78 77 - CASABLANCA
Rue Mustapha El Moudjahid
CHirurgien Urologue
Dr. HAMDANI

CLINIQUE HAMDANI
DERB GHALLEF
Clinique Multidisciplinaire



REÇU N° 09/20 1125

SERVICE CONSULTATION

Nom et Prénom :

AMAROUCHE Ali

Arrêtée à la somme de :

Visa Caisse :

Clinique HAMDANI
4000/19
Angle Rue Batima et rue 93
Quartier la Famille Française
Derb Ghallef Maarif - Casablanca

Réception et RDV

Date :

07/04/2021

Angle Rue Batima et Rue 93, Quartier de la Famille française Derb Ghallef CASABLANCA
Tél. : 05 22 92 28 28 (L.G) - Fax : 05 22 23 81 55 - E-mail : clinique.hamdani@yahoo.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES STENDHAL

37, Rue GEORGE SAND (RDC) VAL FLEURI. CASABLANCA . Tél. : 0522 25 59 77 / 76.

0522984351

PATENTE N: 35803767 - CNSS : 6644109 . INPE: 093001329

IGR: 42200812 - ICE: 001714856000092

MIYA CHRAIBI
Pharmacien Biologiste

Casablanca le 7 avril 2021

Monsieur AMAROUCHE ALI

MUPRA

FACTURE N°	708
------------	-----

Analyses :

Ex.Cytobactério des urines+Antibiogramme -----	B	150	Total : B 150
--	---	-----	---------------

TOTAL DOSSIER

201,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Un Dirhams

LABORATOIRE STENDHAL
VAL FLEURI
37, Rue George Sand - Maarif
CASABLANCA
Tél: 05 22 25 59 77/76 - 05 22 98 43 51



مختبر التحليلات الطبية ستاندال

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES STENDHAL

Miya CHRAIBI

Pharmacien Biologiste
Diplômée de l'Université de Montpellier
Ancienne Interne au CHU de Montpellier

Dossier ouvert le : 07/04/21

Prélèvement effectué à 10:12

Edition du : 09/04/21

DES DE BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE
PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Monsieur AMAROUCHE ALI

Docteur HAMID MAWFIK

Réf. : 21D122

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

EXAMEN MACROSCOPIQUE

ASPECT	:	Clair.
PH URINAIRE	:	6,0
GLUCOSE	:	Négatif.
PROTEINES	:	Négatif.
LEUCOCYTES	:	Négatif.
SANG	:	Négatif.
CORPS CETONIQUES	:	Négatif.
NITRITES	:	Négatif.
BILIRUBINE	:	Négatif.
UROBILINOGENE	:	Négatif.

x	:	Faiblement positif
xx	:	Moyennement positif
xxx	:	Fortement positif

EXAMEN DIRECT A L'ETAT FRAIS

HEMATIES	:	4 000	/ml	N : Inf. à 5.10 ³
LEUCOCYTES	:	5 000	/ml	N : Inf. à 10 ⁴
CELLULES EPITHELIALES	:	Rares.		
CELLULES RONDES	:	Absence.		
CYLINDRES	:	Absence.		
CRISTAUX	:	Absence.		
GERMES	:	Pas vu.		
LEVURES	:	Pas vu.		
PARASITES	:	Pas vu.		

EXAMEN APRES CULTURE SUR MILIEUX SPECIFIQUES CULTURE STERILE.