

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- Reclamation : 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

72058 C

Déclaration de Maladie : N° P19-0014548

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif Date de naissance : 01/01/1966
Adresse : Rue Amceual N°34 Hay Farah III FES
Tél. : 0662563042 Total des frais engagés : 896,80 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. AMRANI
Spécialiste O.R.L.R
8 Rue Abdelkrim El Khattabi

Date de consultation : 18 MAI 2021
Nom et prénom du malade : IBRAHIMI Abdellatif Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : aff. O.A.L.
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 : FES

Le : 24/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0014548

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
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
18 MAI 2021	C2		250	Dr. A. AMRANI Spécialiste O.R.L. 58 Rue Abdelkrim El Khattabi FES - Tél./ Fax : 05 35 62 40 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

18-05-21

966,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

19.5.2021

480 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. Amrani

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de TOULOUSE

OTO RHINO LARYNGOLOGIE

Chirurgie Cervico Maxillo - Faciale

SURDITÉ

Membre de la Société Marocaine et Française
d'O.R.L et de Chirurgie de la Face
et du Cou

58, Rue Abdelkrim EL Khattabi
(Passage du Marché)

Tél / Fax : 05 35 62 40 21 - FES

Sur Rendez-vous

INP : 141010801

Fès, le : 18 MAI 2021 : فاس، في :

الدكتور ع. العمراني

اختصاصي في أمراض الرأس

متخرج من كلية الطب بتولوز

الأذن الأنف والحلق

جراحة العنق والوجه

أمراض السمع

عضو في الجمعية المغربية والفرنسية

لأمراض الأذن، الأنف والحلق

58، زفقة عبد الكريم الخطابي

(ممر المارشي) . فاس

الهاتف / الفاكس : 05 35 62 40 21

بالموعد

PHARMACIE FARAH
Dr. YAHYAOUY RACHIDA
13 AV IEN ATIR FARAH 2 LOT
EL ARSA - FES - TEL : 05 35 60 05 14

M I BRAHIM
Abdelkhalil

Dr. A. AMIRANI
Spécialiste O.R.L.
58 Rue Abdelkrim EL Khattabi
FES - Tel / Fax : 05 35 62 40 21

32,50

4

Difusion



24,70

2

Tahard



1/2000

1/2000

1000

90,50

3

Xygal



1/2000

1000

119,10

4

Risatol



1/2000

1000

66,8

N° du Lot

20K949

Date Per.

1.2023

P.P.V: 119,10 DH

0.05 % كريم

LOT : 127

PER : FEV 2024

PPV : 32 DH 50

25 ملغ

30 قرصا مغلفا قابلا للكسر

عن طريق الفم

طاراكساكست®

هيدروكسيزين ثنائي كلوريدات

24, 70

سواء

١٢

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدّة	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد	<input checked="" type="checkbox"/>



Xyzall 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétirizine
28 comprimés pelliculés

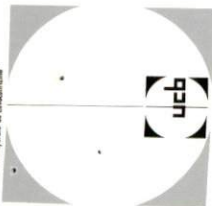
LOT 202362

EXP 10 2024

PPV 90 50

0506

Xyzall 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétirizine



Xyzall 5 mg



Docteur A. Amrani

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de TOULOUSE

OTO RHINO - LARYNGOLOGIE

Chirurgie Cervico Maxillo - Faciale

SURDITÉ

Membre de la Société Marocaine et Française
d'O.R.L et de Chirurgie de la Face
et du Cou

58, Rue Abdelkrim El khattabi

(Passage du Marché) - FES

Tél / Fax : 05.35.62.40.21

Sur Rendez-vous

الدكتور ع. العمراني

اختصاصي في أمراض الرأس
متخرج من كلية الطب بتولوز

الأذنين الأنف والحلق

جراحة العنق والوجه

أمراض السمع

عضو في الجمعية المغربية والفرنسية

لأمراض الأذن، الأنف والحلق

58، زنقة عبد الكريم الخطابي

(ممر المارشي) فاس

الهاتف / الفاكس : 05.35.62.40.21

بالموعد

Fès, le: 18 MAI 2021 في: فاس،

Dr. A. Amrani
Abdelkrim El Khattabi

- N.F.S

- C.R.P

- Glycemie - HbA1C

- Urée - Acide urique

- Cholesterol Total + L.D.L + H.D.L

- Lipides - Triglycérides

- TRANSAMINASES

- GAMMA G.T

LABORATOIRE GHRISSI
D'ANALYSES MEDICALES
Im 5 Rue 6 May Essaada Fes VN
Tél 05 35 96 40 25
Dr GHRISSI KHALID

Dr. A. AMIRANI
Spécialiste O.R.L.
58 Rue Abdelkrim El Khattabi
FES - Tél / Fax : 05.35.62.40.21

Calvin

INPE:147165435
IF: 26401740
ICE:002083535000093

Dr. Khalid GHRISSI
Pharmacien Biologiste Qualiticien

- Diplômé de la faculté de pharmacie et des sciences biologiques de NANCY - MONTPELLIER - PARIS V
- Diplôme Spécialisé en BIOLOGIE Médicale
- Diplôme Spécialisé en MANAGEMENT Assurance Qualité

Lc 19/05/2021

Facture

Réf : 190521237
Nom Du Malade : IBRAHIMI ABDELLATIF
Examen Demandé Par : Dr. AMRANI.A

Analyses

Acide urique
Bilan Lipidique
Cholestérol HDL
Cholestérol LDL
Cholestérol Total
CRP / Turbidimétrie:
G O T
G P T
Gamma G.T
Glycémie à Jeun
HEMOGLOBINE Glycosylée (HPLC :GX723).
Lipides totaux
TRANSAMINASE(GOT+GPT)
Triglycérides
Urée (Sg)
HEMOGRAMME

Montant = 480 DH

Arrêté La Presente Facture à La Somme de : Quatre cent quatre-vingt- Dhs

LABORATOIRE GHRISSI
D'ANALYSES MEDICALES
Im 5 Rue 6 Hay Essaada Fes VN
Tél 05 35 96 40 25
Pr GHRISSI KHALID



GHRISSI
Laboratoire d'analyses médicales

Dr. Khalid GHRISSI
Pharmacien Biologiste Qualiticien

- Diplômé de la faculté de pharmacie et des sciences biologiques de NANCY – MONTPELLIER – PARIS V
- Diplôme Spécialisé en BIOLOGIE Médicale
- Diplôme Spécialisé en MANAGMENT Assurance Qualité

Fés LE : 19/05/2021

Réf : 190521237

IBRAHIMI ABDELLATIF

Code : 200529453

Médecin : Dr. AMRANIA



<u>Analyses</u>	<u>Résultats</u>	<u>Valeurs normales</u>	<u>Antériorités</u>
CRP / Turbidimétrie:	* 13 mg/L	< à 5 mg/L	
Glycémie à Jeun	* 1.12 g/l	0,70 à 1,10 g/l	1.12
Urée (Sg)	0.39 g/l	0,17 à 0,43 g/l	
Bilan Lipidique			
Cholestérol Total	1.86 g/l	< à 2.00 g/l	2.02
Cholestérol HDL	0.425 g/l	0,350 à 0,600 g/l	0.483
Cholestérol LDL	1.10 g/l	< 1,50 g/l	1.19
Triglycérides	* 1.64 g/l	0,40 à 1,40 g/l	1.69
TRANSAMINASE(GOT+GPT)			
G O T	12 UI/L	< 41 UI/L	
G P T	14 UI/L	< 41 UI/L	
Gamma G.T	36 U/L	< 55 U/L	
Acide urique	55 mg/l	34 à 70 mg/l	

LABORATOIRE GHRISSI
D'ANALYSES MEDICALES
Ln 5 Rue 6 Hay Essaada Fes VN
Tél : 05 35 96 40 25
Fax : 05 35 60 98 01

Adresse : Hay ESSAADA Rue N° 6 .Im 5 Fes VN

Tél : 05 35 96 40 25 / Fax : 05 35 60 98 01 / contact@laboghrissi.com / www.laboghrissi.com