

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

- 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

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

Declaration de Maladie

N° W19-543655

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6734

Société : R-A-T

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAROT. SOUAD

Date de naissance : 16-04-65

Adresse : Residence PARK PRINCESS GH3 APT B
TAAARIF

Tél. : 0661304084

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamid
Chirurgien Urlogue
307, Rue Gustave El Maâni
Tél. : 0522 48 78 77 - C.A.S.A.

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAROT. SOUAD

Age :

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'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 12 / 8 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
17.08.2011		3	00	Dr. MAHMOUD HAMID Chirurgien Dentiste 307, Rue Mustapha El Moâni Tél : 0522 48 78 77 - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE POLYDENT Dr. FADI KENZA 19 Bd. Faccoud El Hachemi - Casablanca Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 77 Gsm: 0678 99 19 50	9.7.2011	B. 150,00 4 p.u.T	263,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	B															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	(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'EXE



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

LABORATOIRE PORTE GHANDI

Dossier N° : 090721-008

Mme CHAROF Souad

ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUES DES URINES

ETUDE MACROSCOPIQUE

TYPE / LIEU DE PRELEVEMENT	:	Urines, milieu de jet au laboratoire
ASPECT DES URINES	:	Légèrement Trouble
CULOT	:	Moyen

EXAMEN CHIMIQUE

PH	:	6	(5 - 9)
GLUCOSE	:	Absence	
ALBUMINE	:	Absence	
NITRITES	:	Négatif	

EXAMEN CYTOLOGIQUE

LEUCOCYTES	:	14 + amas éltts/mm3	(Inférieur à 10)
HEMATIES	:	34	(Inférieur à 10)
CELLULES EPITHELIALES	:	Rares	
CRISTAUX / CYLINDRES	:	Absence	
LEVURES/PARASITES	:	Absence	

CULTURE SUR MILIEUX USUELS

RESULTAT	:	Stérile
----------	---	---------

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI KENZA
159, Bd. Yacoub El Mansour, RDC, Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 • Fax: 0522 99 19 72
Gsm: 0678 99 19 50



LABORATOIRE PORTE GHANDI

مختبر التحاليل الطبية باب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

Casablanca, le 16/07/2021

Code Patient 14-01420

Nom : Mme CHAROF Souad

Dossier N° : 090721-008

Prélèvement du: 09/07/2021 9



Compte rendu d'analyses

ANALYSES URINAIRES

COMPTE D'ADDIS		Valeurs Usuelles		Antécédents
VOLUME DES URINES DE 3H	:	300 ml	(225 - 300)	
DEBIT URINAIRE	:	1,67 ml/mn	(0,2 - 3)	
CELLULES EPITHELIALES	:	4000 cel/mn	(1000 - 2000)	
LEUCOCYTES	:	7166 GB/mn	(Inférieur à 5000)	
HEMATIES	:	8666 GR/mn	(Inférieur à 5000)	
CYLINDRES	:	0 cyl/mn	(Inférieur à 6)	



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI
Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Note D'honoraires

Casablanca , le 09/07/2021

Date : 09/07/2021

Patient : Mme CHAROF Souad

Analyses	Valeur de B	Montant
COMPTE D'ADDIS	30,00	40.20
EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUES DES URINES	120,00	160.80
URINES	2,50	62.50
TOTAL :	150,00	263,50

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI KENZA
159, Bd. Yacoub El Mansour RDC, Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 - Fax: 0522 99 19 72
Gsm: 0678 99 19 50

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : deux cent soixante-trois Dirhams et 50 Centimes ***



07 JUL. 2021

CHAROF Souaoui

Faire svp :

- 1/ Compte d'actes
- 2/ ECRU + AFBmm

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca
tel: 0522 99 19 74 / fax: 0522 99 19 72
tél: 0674 99 19 50

Médecin Commandant
Moussa EL GHIZI
Médecin Aéronautique
CEM/PN/HM