

## 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° W21-621500

21913

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13040 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bourassi Saïd

Date de naissance : 09/05/1987

Adresse : IMM 156 GH09 Lot Emdaus Ap 13 Oulfa Casa

Tél. : 0660 92 90 09 Total des frais engagés : 1173,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/2021

Nom et prénom du malade : Bouamri Saïd

Age : 32

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 12/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
16-08-2021			359,00	INP : 09/03/2021

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/2021	723,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/08/21	B, 1,60	100,00

### 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 :

Veillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE  
Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 16-05-2017 : الدار البيضاء في :

Pour son Soins

98,00



- Lave au Bleostrip cream pour son  
elbe soap

87,30



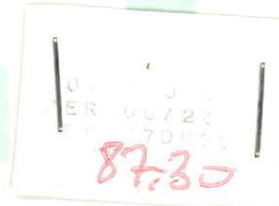
- Camofree cream  
pour son Soins

321,00

- Loceryl pour son Soins



2x1 soe pour son Soins



Docteur Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologue - Vénérologue  
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola  
Résidence selma 1er étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 76 52

150,00

- l'ave a l'ave Mmes Mm



26,80

- Fleemazon ues



des

201,

T: 723, 10

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI  
Dermatologie - Vénérologie  
102, Bd. Oum Errabi Hay Mazola  
Résidence Selma 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 78 52

PHARMACIE ROUADI  
RACHAL ERDAOUS GH 4 Imm. A 117  
1<sup>er</sup> 5 Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 022 22 54 86

Sans savon - Sans paraben

**PEAUX ET MUQUEUSES DÉLICATES**

AM73 0823

LOT

PER

Prix

98.00

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر
- جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 16-08-2021 الدار البيضاء في :

LABORATOIRE ORCIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said El HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N°ICE : 001698908000003

Pour le Dr. Said

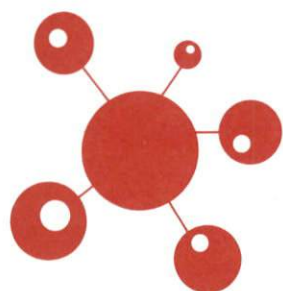
-transmission SOUT SOUT

Docteur Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologue - Vénérologue  
102 Bd Oum Erabi Hay Mazola  
Résidence Selma 1er étage - Casablanca  
Tél : 05 22 89 76 52

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

102, شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36





# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

### ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

A Casablanca, le Mardi 17 Août 2021

Dossier N° : 2108172050

Mr Saad BOURASSI

Né(e) le : 09-05-1987

Prélevé le : au labo 17-08-2021 15:59

Prescription : Dr. AMINA LATIFI EP. HALLI

Mr Saad BOURASSI

FES



### BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec, gel, héparine

#### **Transaminases GOT (ASAT)**

(IFCC sans PP 37°)

27 U/l

(8-45)

20-04-2021

38

#### **Transaminases GPT (ALAT)**

(IFCC sans PP 37°)

26 U/l

(5-55)

20-04-2021

53

Validé biologiquement par le Dr BIOLOGISTE Assistant

**LABORATOIRE ORBIO**

Analyses Médicales

Dr. Said EL HAFIANE

199 Bd Oum Rabii - Casablanca

Tél : 05 22 90 90 44

N° ICE : 001698908000008

Page 1 sur 1

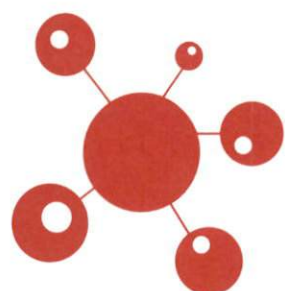
Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199, Boulevard Oum Rabii, EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية  
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
**ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

**FACTURE N : 210800446**

CASABLANCA le 17-08-2021

**Mr Saad BOURASSI**

Demande N° 2108172050

Date de l'examen : 17-08-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Transaminase GOT (ASAT)	B50	B
	Transaminase GPT (ALAT)	B50	B

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 100.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° ICE : 001698908000008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

**Recto - Verso**

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE  
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199, Boulevard Oum Rabii, EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008