

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.

Biologie 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° M21- 0010544

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1.25 Société : R.A.M. 92851
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KRAQI Houssein Mouzha
Date de naissance :
Adresse : Rue Ahmed EL Kadmini 1 et 3 Boulevard Ghannouchi
Tél. : 0522838211 Total des frais engagés : 200 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Amine DASSOULI
Spécialiste
en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
22, Bd. Anouar TOURANOUAL 1 Etage N° 3
Quartier des Hôpitaux Casablanca

Date de consultation : 12/11/2021
Nom et prénom du malade : KRAQI Houssein Mouzha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Burles musculaires
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 :

Le : 12/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Kraqui

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
12/11/21	C.S.	→	2000	<p>DOCTEUR AMINE DESOUILI Stomatologue en Médecine Bucco-Dentaire et Radiologie 102, Bd. Anoual - 1 Etage - 10000 Casablanca Chambre des Médecins</p>

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
<p>Laboratoire ANOUAL DE RADIOLOGIE 102, Bd. Anoual - 1 Etage - 10000 Casablanca</p>	11/11/21	BTS	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Amine DASSOULI

Spécialiste

En Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V

• D.U d'Appareillage des Handicapés Moteurs-Paris V

D.U de Diététique et Nutrition Clinique et Thérapeutique Paris XIII

Mal de Dos, Sciatique, Douleurs os et articulations, Neurorééducation

Ostéopathie, Médecine du sport, Mésothérapie, Echographie interventionnelle

Toxine botulique, Bilan uro-dynamique



الدكتور أمين الدسولي

إختصاصي

في الطب الفزيائي و الترويض و التأهيل الوظيفي

خريج كلية الطب بباريس

شهادة الجامعة في تركيب الاعضاء الاصطناعية

و التجهيزات الخاصة بالاشخاص المعاقين بدنيا

ش .ج . في الحمية والتغذية العلاجية والسريية - باريس ١٣

آلام الظهر. آلام العظام و المفاصل. ترويض الجهاز العصبي

التقويم اليدوي للعظام. الطب الرياضي. الحقن تحت الصدى

كشف التبول الديناميكي

Casablanca le : 12/11/2021

Nom : IRAQI HOUSSEIN

Nougha

Demande de ECBU + ATB



Docteur Amine DASSOULI
Spécialiste
en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
182, Bd. Anoual - TOUR ANOUAL - Casablanca
Quartier des Hôpitaux

182, Bd. Anoual «TOUR ANOUAL» 1^{er} Etage N°3

Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél. : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19 :

E-mail : amidassouli@gmail.com Urgences :

06 61 07 33 59

182, شارع أنوال « برج أنوال » رقم 3 الطابق الأول

البيضاء . الهاتف

مستعجلات

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2111110070

Mme Nouzha LARAKI

Demande N° 2111110070

Date de l'examen : 11-11-2021

Analyses

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cytopathologique des urines	E200	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 200 DH

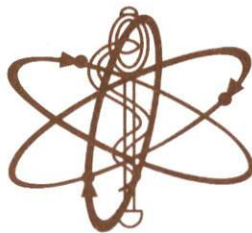
Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

Mme Nouzha LARAKI

Né(e) le : 01-01-1950

Dossier N° : 2111110070

Date de l'examen : 11-11-2021

Prélevé le : 11-11-2021 10:56 en interne

Edité le : 16-11-2021

DR :

Adresse :

Page 1 / 2



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil :

Aspect :

Couleur

Culot

Recherche biochimique:

pH:

Sucre:

Proteines:

Sang:

Acétone:

Nitrites:

Examen cytologique (Automate Urised Mini)

Leucocytes :

Hématies :

Cellules épithéliales :

Cellules non épithéliales :

Cylindres :

cristaux:

Levures

Mucus

Examen direct :

Examen bactériologique

Cultures :

Germe 1 :

BACTERIOLOGIE

2ème jet

Légèrement trouble

Jaunâtre.

Moyen

6.0

(6.5-7.5)

Négative

Négative

POSITIVE +

Négative

Négative

178 p/μL

(0-12)

9 p/μL

(0-10)

3 p/μL

(0-5)

3 p/μL

(0-2)

<1 p/μL

(0-2)

<1 p/μL

(0-6)

<1 p/μL

(0-3)

7 p/μL

(0-264)

BGN

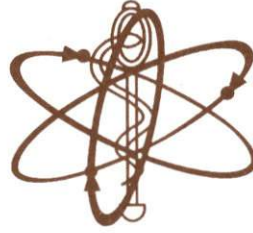
POSITIVES

Escherichia coli



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

Mme Nouzha LARAKI

Né(e) le : 01-01-1950

Dossier N° : 2111110070

Date de l'examen : 11-11-2021

Prélevé le : 11-11-2021 10:56 en interne

Edité le : 16-11-2021

DR :

Adresse :

Page 2 / 2

cofrac



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Germe testé

Pénicilline

Amoxicilline

Amoxicilline-Ac.clavulanique

Céfaloine

Cefoxitine

Cefotaxime

Ceftriaxone

Imipénème

Ertapinème

Acide nalidixique

Norfloxacine

Ciprofloxacine

Gentamicine

Amikacine

Nitrofurantoine

Triméthoprime/sulfaméthoxazole

Céfixime

Colistine

Aztréonam

Fosfomycine

Cefuroxime

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

ANTIBIOGRAMMES

Escherichia coli

RESISTANT

RESISTANT

RESISTANT

RESISTANT

Sensible

RESISTANT

RESISTANT

Sensible

Sensible

RESISTANT

RESISTANT

RESISTANT

RESISTANT

INTERMEDIAIRE

Sensible

RESISTANT

RESISTANT

Sensible

RESISTANT

Sensible

RESISTANT

