

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° W19-471340

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8344 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANY Saeid

Date de naissance : 22/12/1960

Adresse :

Tél. : 0613978815 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.06.2011

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : CFA

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 :

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
2006	24/06			INP : 091026633
2011				

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
	2006/02/22	15140	256,20
	2006/02/22	74	509,00
	2006/02/22	250	500,00

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 : 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Casablanca, le

30 MAI 2022

الدار البيضاء، في

Infant :

Handwritten signature: You Ta de Sout

- ☐ RADIO DU CAVUM DE PROFIL
- ☐ RADIO DES PROPRE DU NEZ + GOSSEREZ
- ☐ RADIO PULMONAIRE
- ☐ BLONDEAU - SCANNER
- ☐ SCANNER :
- ☐ IRM :
- ☐ SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE
- ☐ RADIO PANORAMIQUE
- ☐ ECHOGRAPHIE :
- ☐ DÉGLUTITION GASTROGRAPHINE-TOGD

Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tél : 022 22 22 07 07

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 22 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 : الهاتف - الدار البيضاء - الأخوة - العيادة

58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 : Whatsapp : 06 56 53 61 42

E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001741024000057

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 20/06/2022

Reçu N° 220620001

M ou Mme : **AZMY JAMILA**

Examen(s) demandé(s) :

ECHO DE REPERAGE

Soit un montant total de : **500.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tel : 022.39.07.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07
Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

ICE:

001664840000090

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 20 juin 2022

Madame AZMY JAMILA

FACTURE N°	345152
------------	--------

Analyses :

Séro : Groupe sanguin -----	B	60	
Coag : Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Coag : Temps de céphaline kaolin -----	B	40	
Coag : Fibrinogène -----	B	40	Total : B 180

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

266,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Six Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE- NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2 - ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي و الجراحي
جهاز الأيزر
جهاز السكاير الجسماني الكلي



090003716



IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTÉ

F A C T U R E

زرع فوقية الأذن
التشخيص و التحليلات

Casablanca, le: N°: 144725 / 2022 du 28/06/2022 في الدار البيضاء،

Nom patient **AZMY JAMILA**
PAYANT

Entrée 27/06/2022

Sortie 27/06/2022

PR. BENGHALEM ABDELHA (ORL%)

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE CERVICALE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS	Total	500,00
--------------------	-------	--------

PAYE ESPECES
Le 27-06-2022
Montant 500,00

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél. 05 22 29 48 36 / 37
Réception

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

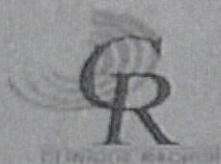


43، شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البثانتا: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

الفاكس: 05 22 22 03 57 www.cliniquerachidi.com



الكلية
الراشدي

Casablanca, Le 27/06/2022

NOM ET PRENOM
MEDECIN TRAITANT
EXAMEN DEMANDE

: AZMY JAMILA
: PR A. BENGHALEM
: ECHOGRAPHIE DE REPERAGE

RESULTAT :

Loge thyroïdienne vide sans reliquat ni nodule.
On note deux adénopathies hypoéchogène avec des calcifications en secteur III droit.
La plus grande mesure 17.3mm de grand axe et 11mm de petit axe (repérage fait).
On note aussi une formation ganglionnaire hypoéchogène basi cervicale gauche hypoéchogène sans hypervascularisation rétrojugulaire : 13.8mm x 7mm. (Repérage fait).

CONCLUSION :

Adénopathies suspecte latéro-cervicale droite.
Formation ganglionnaire basi-cervicale de suspicion intermédiaire.

Dr. Houma LAHLOU
Radiologue
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 0522 29 48 36 / 0522 22 12 96

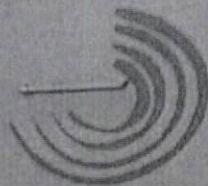
avenue RACHIDI-CASABLANCA

SS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

n°: 35504150 - ICE: 001540813000088

05 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.ع.ح : 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - س.ت : 74087 - البثاثة : 35504150

الهاتف : 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 12 96

الفاكس : 03 57 05 22 22 www.cliniquerachidi.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
 Dr. H. EL HADJ
 10, rue de la Liberté
 CASABLANCA
 Téléphone: 58.14.25 - 58.14.26

Patient: **ABDELHAMID BEN HATEM**
 N° Dossier: **101/101**
 Date: **10/10/1961**
 Service: **ARMÉE**
 Ref: **221861**

HEMATOLOGIE
 Groupe Sanguin: **O Rh+**
 Coefficient Rhésus: **Positif**

HEMOSTASE (AUTOMATE STAGO SIACOMPACT)
 Temps de Prothrombine: **100,0** sec
 Temps de Lévulose-Kaolin: **29** sec
 Fibrinogène: **4,27** g/l

Dr. H. EL HADJ

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. ABDELHAMID BENGHALEM
 58, Boulevard El Karam
 Place de la Liberté
 CASABLANCA
 Téléphone: 0522 27 28 75 - 0522 27 31 35 - 0522 27 35 75 - Fax: 0522 27 34 75

Madame AZMY JAMILA
 Ref: 220981

ANALYSE: _____
 RESULTATS: _____
 UNITES: _____
 REMARQUES: _____

HEMATOLOGIE

COULEUR SANG: _____
 TAUX DE RICHESSE: _____
 O.R.N.: _____
 Pontil: _____

HEMOSTASE (AUTOMATE STAGO STACOMPACT)

TAUX DE PROTHROMBINE	(100.0)	%
TEMPS DE FIBRINE-KAOLIN	29	sec
TEMPS DE FIBRINE-KAOLIN	29	sec
FIBRINOGENE	4.27	g/l

Signature: _____

78, RUE CALDERA, CASABLANCA. TEL: 0522 27 28 75 - 0522 27 31 35 - 0522 27 35 75 - Fax: 0522 27 34 75
 E-MAIL: lab@labmed.ma - Web: www.labmed.ma - Site: www.labmed.ma