

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 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

- 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° W21-770774

payement

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM 145290**

Matricule : **1925** Société : **RAM 145290**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **MOHAMMED ELAZIZ**

Nom & Prénom : **MOHAMMED ELAZIZ**

Date de naissance : **01/06/1952**

Adresse : **HAZARIM INNE AP4 AB AL KHATIB**

Tél. : **0525 60 83 47** Total des frais engagés : **1480,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04/01/2023**

Nom et prénom du malade : **ELAZIZ MOHAMMED** Age : **70**

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

Nature de la maladie : **Cardiopathie**

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 : **09/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770774

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 : **1925**

Nom de l'adhérent(e) : **ELAZIZ MOHAMMED**

Total des frais engagés : **1480,00**

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
		05	250,00	INP : 112500AK
		CH	50,00	

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
	04/01/2023		180

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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



مصحة الكوثر CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzer FES
Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82
cliniquealkawtar2014@gmail.com
cliniquealkawtar@menara.ma

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le



Medecin Traitant :

Nom :

EL aziz:

Prénom :

Mohammed m



NOTE D'HONORAIRES

CS+CK

250.00DHS+50.00DHS

300.00DHS

TROIS CENTS DIRHAMS



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès
Tél : 05 35 61 19 01
Fax : 05 35 61 19 01

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification





مصحة الكوثر CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar FES

Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82

cliniquealkawtar2014@gmail.com

cliniquealkawtar@menara.ma

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le 04.01.2022

Medecin Traitant :

Nom : EL AZAÏZI

Prénom : Mohammed

Bennani Zahra
Medecin Biologiste
Laboratoire Al Kawtar
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar Fes
56797

1. NFS

2. CR2.

Clinique Al Kawtar
Laboratoire
AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar, FES
Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax: 05 35 61 19 01
N°PE: 140006610



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification





مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

Hémo-cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

الدكتورة زهرة بناني
DR. BENNANI ZAHRA
Médecin spécialiste en Biologie Médicale

Facture

Fès, le 09/01/2023

N° facture 2023-00262

Date prélèvement : 04/01/2023

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	80,00
CRP	CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	100,00
S	Prélèvement sang veineux	1	0,00
		Total	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt dirhams***

Clinique Al Kawtar
Laboratoire
Av. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES
Tél: 05 35 61 19 00 - Fax: 05 35 61 19 01
INPE 147166797

Dr Bennani Zahra
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Kawtar
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar Fes
INPE 147166797



مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس
AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES
Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com



مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

Hémo-cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale



Edité à Fès le 04/01/2023

COMPTE RENDU

Préleveur non désigné

Dossier N° 040123-266 ***
Mr EL AZAIZI MOHAMMED
Date de naissance 06/01/1952
Date de prélèvement 04/01/2023 17:13
Patient EXTERNE

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

SYSMEX XN-1000-SA-01

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Numération

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Globules blancs	9920	/mm ³	(4000 - 10000)	8380 (27/12/22)
Globules rouges	3,94 *	10 ⁶ /mm ³	(4,44 - 5,61)	3,65 (27/12/22)
Hémoglobine	10,60 *	g/dl	(13,5 - 16,9)	10,10 (27/12/22)
Hématocrite	32,80 *	%	(40 - 49)	31,40 (27/12/22)
VGM	83,20	fL	(81,8 - 95,5)	86,00 (27/12/22)
TCMH	26,90 *	pg	(27 - 32)	27,70 (27/12/22)
CCMH	32,30	g/dl	(32 - 36)	32,20 (27/12/22)
Plaquettes	479 000 *	/mm ³	(150000 - 450000)	490 000 (27/12/22) 459 000 (19/12/22)

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles	77 *	%	(41 - 71)	78 (27/12/22)
	7638,00 *	/mm ³	(1500 - 7000)	
Lymphocytes	14 *	%	(19,1 - 47,9)	9 (27/12/22)
	1389,00 *	/mm ³	(1500 - 4000)	
Monocytes	8	%	(5,2 - 15,2)	13 (27/12/22)
	794,00	/mm ³	(100 - 1000)	
Polynucléaires Eosinophiles	1	%	(0,6 - 7,6)	0 (27/12/22)
	99,00	/mm ³	(50 - 500)	
Polynucléaires Basophiles	0 *	%	(0,1 - 1,2)	0 (27/12/22)
	0,00 *	/mm ³	(Inférieur à 50)	



مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar

Av. Med El Fassi Rte Imouzzar Fes

INPE: 147166797

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - FES فاس

Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com



مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

Hémo-cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale

Mr ELAZAIZI MOHAMMED

Dossier N° : 040123-266 du 04/01/2023

Page : 2 / 2

PROTEINES DE L'INFLAMMATION

ARCHITECT PLUS Ci 4100

Protéine-C- réactive (CRP)

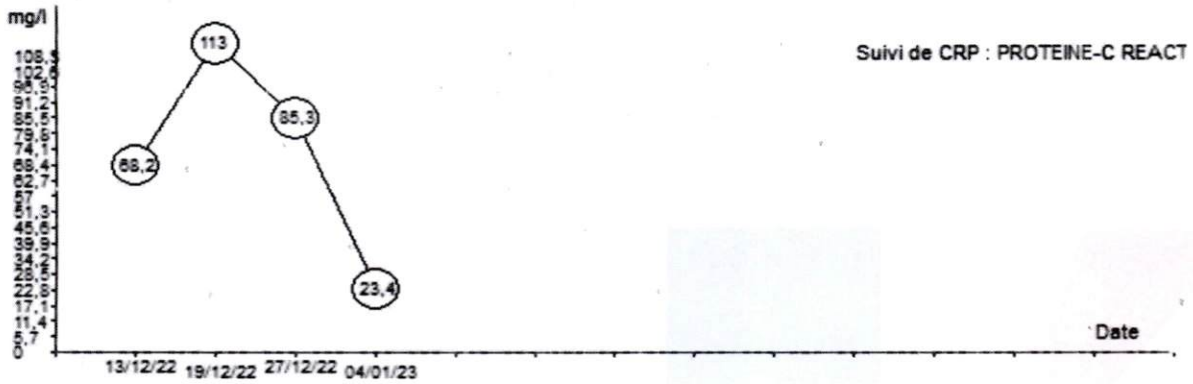
23,40 * mg/l

Valeurs Usuelles

(Inférieur à 6)

Antériorité

Technique immuno-turbidimétrique



Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement



مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar

Av. Med El Fassi Rte Imouzzar Fes

INPE: 147166797

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس

Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com