

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'Horlog
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

M22- 0014708

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD

☐ ALC

Pathologie :

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 : 03 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/05/2023 | Cs | 1 | 9 | Hôpital Universitaire International Docteur Khaloui SLAMTI Médecin Radiologue 690061862 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Laboratoire ou du Radiologue | Date | Montant de la Forfait |
|---|--------|-----------------------|
| PHARMACIE L'ORCHIDEE Angle Boulevard Chandi & Angle Route d'ABLANCA 21 500 CASABLANCA Tél : 0522 27 11 22 36 66 22 INPE : 092046317 | 3-5-23 | 780 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire d'Analyses Médicales 21, Av. Moulay El Bacha Tél : 0522 27 11 22 36 66 22 Fax : 0522 27 11 22 36 66 22 | 06.06.23 | B3, 40, 7 P, 2 J = 450 DH | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

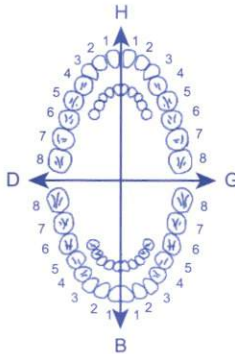
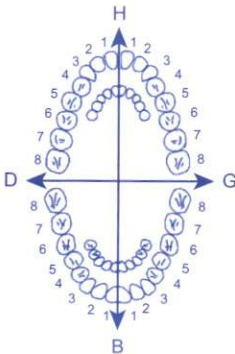
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|  | | | | CCEFFICIENT 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</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 | | CCEFFICIENT 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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 03/05/2023

Mme Tahiri Laïla ..

- 1) NFS, PIP.
- 2) ASAT / ALAT / GGT / PAL.
- 3) urée (néot).

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ANNES
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa
Tél : 0522 27 19 70 / 0522 27 86 57
Tél : 0522 26 02 47

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur Khaloui SLAMTI
Médecin Résident - Dermatologie
990061862

À faire dans
01 mois.



HÔPITAL UNIV
INTERNATION.
SOINS FORM

LOT: 230189
PER: 02-2025
PPV: 62,40DH

LOT: 230189
PER: 02-2025
PPV: 62,40DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
ONYSTER PT UREE DM 10G
PPC: 260,00 DH

LOT: 221371
EXP: 11/2025
PPV: 120,00DH

وصفة طبية
PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone: 05.22.36.66.22

Casablanca, le: 03/05/2023.

Tahiri Joutei Laïla.

* 1 x 260,00
1) Onyster crème



LOT: 08222031
PER: 12/2027
PPV: 49,00 DH

1 appl/j sur les ongles x 15j

(le soir sous occlusion)

AM87 1025
LOT PER
Prix 98,00

2) Teguma crème



LOT: 08222019
PER: 10/2027
PPV: 49,00 DH

1 appl/j en interstitiel + plante

des pieds part 01 mois.

3) Nycoderm poudre



1 appl/j (causures et fissures)

98,00.

4) Alcasteil gel nettoyant

1 appl/j par toilette du pied.

120,00.

5) Teguma 250 cp: 1cp/j le soir x 15j

Adresse: Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868 • www.hck.ma

T = 700,08.

A. ALAMI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 6 juin 2023

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

| | |
|------------|------|
| FACTURE N° | 3342 |
|------------|------|

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----|---------------|
| Analyses : | | | |
| Numération formule sanguine ----- | B | 80 | |
| Urée ----- | B | 30 | |
| Créatinine sanguine ----- | B | 30 | |
| Transaminases : TGO TGP ----- | B | 100 | |
| Gamma -G.T. ----- | B | 50 | |
| Phosphatases alcalines ----- | B | 50 | Total : B 340 |

| | | | |
|----------------|----|-----|--|
| Prélèvements : | | | |
| Sang----- | Pc | 1,5 | |

| | |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 450,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Cinquante Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ARMES
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa
Tél : 0522 27 19 70 • Fax : 0522 27 86 57

55, شارع مولاي الحسن الأول
الدار البيضاء 20070
55, Av. Moulay Hassan 1er
Casablanca 20070

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 06/06/23

Edition du : 06/06/23



Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Réf. : 23F189



Page : 1/3

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (SYSMEX XS1000i)

NUMERATION GLOBULAIRE

| | | | Normales (Femme Adulte) | Antériorité 27/04/23 |
|-------------|---|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| LEUCOCYTES | : | 6 100 / mm ³ | 4000 - 10000 | 7640 |
| HEMATIES | : | 4,71 M / mm ³ | 3,8 - 5,4 | 4,78 |
| HEMOGLOBINE | : | 13,5 g/dl | 12,5 - 15,5 | 13,4 |
| HEMATOCRITE | : | 40,6 % | 37 - 47 | 41,1 |

CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

| | | | | |
|-------------------------------|---|------------------|---------|------|
| VGM (Volume Globulaire Moyen) | : | 86,2 fl | 82 - 98 | 86,0 |
| TCMH (Charge) | : | 28,7 pg | 27 - 32 | 28,0 |
| CGMH (Concentration) | : | 33,3 g/dl | 32 - 36 | 32,6 |

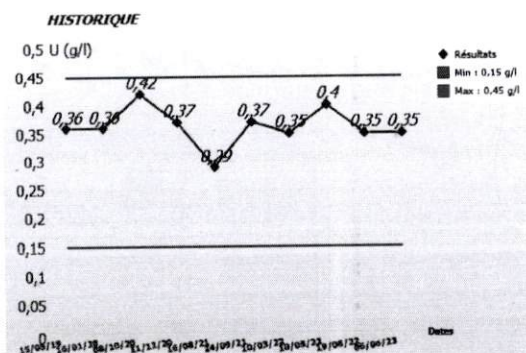
FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | | |
|-----------------|---|---------------|-------------------------------------|-------------|------|
| P. NEUTROPHILES | : | 57,6 % | soit 3 514 / mm ³ | 1800 - 7500 | 4951 |
| LYMPHOCYTES | : | 29,8 % | soit 1 818 / mm ³ | 1500 - 4500 | 1948 |
| MONOCYTES | : | 10,0 % | soit 610 / mm ³ | < 1000 | 619 |
| P. EOSINOPHILES | : | 2,3 % | soit 140 / mm ³ | 40 - 800 | 99 |
| P. BASOPHILES | : | 0,3 % | soit 18 / mm ³ | < 200 | 23 |

| | | | | |
|------------|---|---|-----------|-----|
| PLAQUETTES | : | 181 10 ³ /mm ³ | 150 - 400 | 240 |
|------------|---|---|-----------|-----|

BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas C 311)

| | | | Normales | Antériorité 19/08/22 |
|------|--------|--------------------|-------------|-------------------------|
| UREE | : | 0,35 g/l | 0,15 - 0,45 | 0,35 |
| | Soit : | 5,83 mmol/l | 2,5 - 7,5 | 5,83 |



LABORATOIRE ARMES

IF : 40300165 - Patente : 35500316 - ICE : 001745097000034 - CNSS : 1519753 - INPE : 093000065

Signé :

Hicham LAZRAQ
PHARMACIEN BIOLOGISTE
LABORATOIRES ARMES

131

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 06/06/23

Edition du : 06/06/23



Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Réf. : 23F189



Page : 2/3

Compte Rendu d'Analyses

CREATININE SANGUINE

Technique Jaffé avec compensation

:

7,8

mg/l

5 - 9

8,5

Soit :

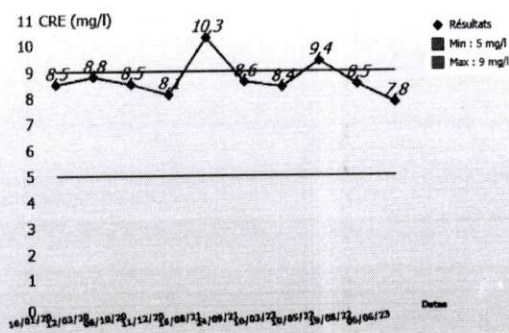
69

μmol/l

44 - 79,65

75,2

HISTORIQUE



* **TRANSAMINASE / GOT (ASAT à 37°C)**

:

32

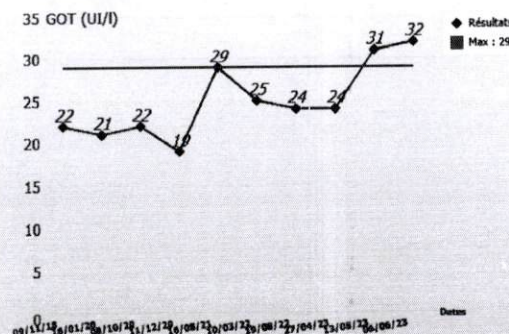
UI/l

< 29

31

13/05/23

HISTORIQUE



TRANSAMINASE / GPT (ALAT à 37°C)

:

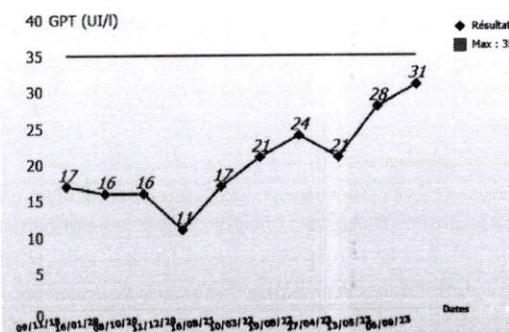
31

UI/l

< 35

28

HISTORIQUE



LABORATOIRE ARMES

IF : 40300165 - Patente : 35500316 - ICE : 001745097000034 - CNSS : 1519753 - INPE : 093000065

Signé :

Hicham LAZRAQ
PHARMACIEN BILOGISTE
LABORATOIRES ARMES

138

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 06/06/23

Edition du : 06/06/23



Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Réf. : 23F189



Page : 3/3

Compte Rendu d'Analyses

GAMMA -GT (GGT à 37°C)

31 UI/l

Normales

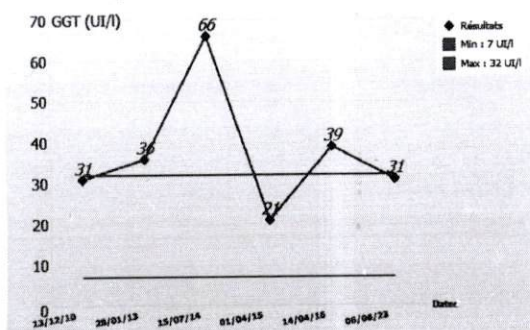
7 - 32

Antériorité

14/04/16

39

HISTORIQUE



PHOSPHATASES ALCALINES à 37°C(DGKC) :

99 UI/l

< 258

10/03/22

92