

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

M22- 0050224

168213

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MECHOUR BOUAZZA
Date de naissance : 1949
Adresse : RUE EL MAMOUNIA IMM 06 Appt 19
SALE - TABRIKET
Tél. : 06 93 39 51 99 Total des frais engagés : 521,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 06/02/2023
Nom et prénom du malade : MECHOUR Bouazza Age : 1948
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ALD + ALC
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 :
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
06/07/2023		3	400,00	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IMMCELL مختبر التحليلات الطبية Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. Y. TAOUFIK Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat 0537 67 42 72-Fax: 0537 67 43 12 Email: secretariat@immcell.com	06.07.23	B90+PC xP	121 DH

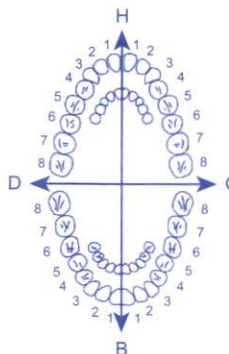
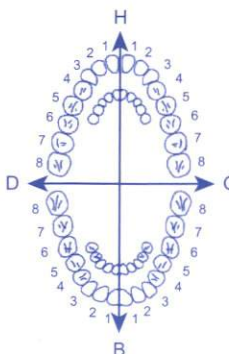
[illegible]

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															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef OUHBI
Chirurgien Urologue
19, Appt. N°1, Bd. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 67 67 00 76
Urgence : 06 61 22 87 55
E-mail : youssef@hotmail.com
INPE : 101111889

File 06/07/2023

Meulien Bocazza
28
Age = 25 ans

Docteur Youssef OUHBI
Chirurgien Urologue
19, Appt. N°1, Bd. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 67 67 00 76
Urgence : 06 61 22 87 55
E-mail : youssef@hotmail.com
INPE : 101111889

E CBU + A TBW

IMMCELL
مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
15, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72-Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

IMMCELL
INPE : 103061180

Docteur Youssef OUHBI
Chirurgien Urologue
19, Appt. N°1, Bd. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 67 67 00 76
Urgence : 06 61 22 87 55
E-mail : youssef@hotmail.com
INPE : 101111889



معهد الصيدلة
PHARMACEUTICAL INSTITUTE

**FACTURE N° : 2307062024**

Rabat le 06-07-2023

Mr BOUAZZA MECHHOUR

Date de l'examen : 06-07-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 121 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt et un dirhams

IMMCELL
مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72-Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

Numéro d'autorisation : 9273 – INPE : 103061180 - Patente : 58138 - ICE : 001838426000017 - IF : 15278416 –
RIB : 011.810.0000.14.200.00.06255.24

Prélèvement du : 06-07-2023
Références : 2307062024
Edition : 10-07-2023

Mr MECHHOUR BOUAZZA
Date de naissance : 01-01-1948
Age : 75 ans
Code Patient : 2307062024
Médecin : Dr OUHBI Youssef

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Renseignements cliniques
Recueil :

Apportées au laboratoire

Examen Macroscopique:

Aspect :
Couleur:

Limpide
Jaune claire

Examen Biochimique:

pH:	5.5	(6.5-7.5)
Sucre:	Négative	
Protéines:	Négative	
Acétone:	Négative	
Bilirubine	Négative	
Sang:	Négative	
Nitrites:	Négative	

Examen cytologique:

Leucocytes :	10 / mm ³	(0-10)
	10 000 / ml	(0-10 000)
Hématies :	3 / mm ³	(0-5)
	3 000 / ml	(0-5 000)
Cellules épithéliales :	Rares	
Cristaux:	Absence	
Cylindres :	Rares	
Type cylindre:	Granuleux.	

Examen bactériologique:

Examen direct:

Etat frais:	Absence de germes
Trichomonas:	Absence
Levures:	Absence
Après coloration de Gram:	Absence de germes

Référence : **2307062024**

Mr MECHHOUR BOUAZZA

Cultures:

Cultures Bactériennes :
Cultures Mycologiques:

Cultures stériles
Cultures stériles

CONCLUSION:

Absence d'arguments cyto-bactériologiques en faveur d'une infection urinaire bactérienne.

Demande validée biologiquement par : Dr. Yassine TAOUFIK


IMMCELL
مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72-Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com