

## 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 rééducation.
- 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon  
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° W21-809871

168773

☐ 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

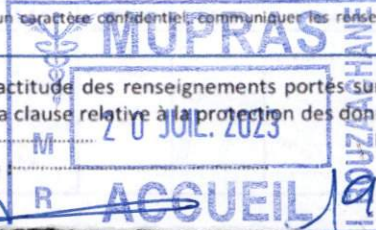
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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)



ACCUEIL

19/07/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

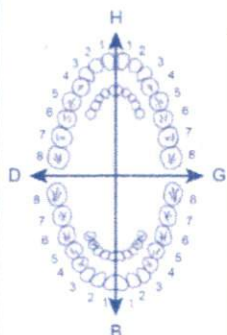
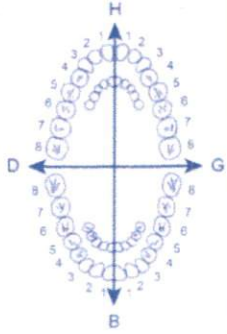


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/02/13	CS	1	3001	INP : 09116952

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
ACHIFA EL ALLOUSSI Fatima-Zohra Médecin Biologiste 0522 69 48 48 Fax 0522 65 88 55 Patente 32960317 0522 69 48 48	18/07/13	B=390 + pel	542,60 Dhs

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'O.D.F.																				
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>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				H	21433552	G	00000000	00000000		D	00000000	G	35533411	11433553		B			
	H	21433552	G																	
	00000000	00000000																		
	D	00000000	G																	
	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

## د. عادل بن اليزيد

- اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأذن، الأنف و الحنجرة  
اختصاصي في جراحة السرطان  
جراحة أعضاء الوجه و العنق  
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

**MME DIBAJI LAILA**

- Bilan inflammatoire
  - NFS
- Bilan martial
  - Fer sérique
  - Ferritine

**ACHIFA**  
**Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra**  
 Médecin Biologiste  
 Tél. 0522 65 48 48 Patente 37460317  
 RF 52017435  
 CC 0020860500

**Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil**  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancerologie de la Face et le cou  
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
ICE : 00191833300002 - IF: 14477065  
INPE : 001169052

# ACHIFA الشفاء

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Auto-immunité  
Biologie de reproduction - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

الدكتورة الألووسي فاطمة الزهراء

**Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra**

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

D.U. Assurance Qualité, Université de Bordeaux

INPE :



**FACTURE N° : 230700371**

CASABLANCA le 18-07-2023

Mme DIBAJI Laila

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0115	Fer sérique	B60	B
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 390

TOTAL DOSSIER : 542.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quarante-deux dirham soixante centimes.

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste  
Tél: 0522 69 48 48 Fax: 0522 65 88 55  
F: 25017435 PT 32960317  
ICE 002086050000088 CNSS 5885192

رقم 4، تجرئة 51، مدينة الرحمة، (مقابل ليدك الرحمة)، الدار البيضاء

Magasin 4, Lot 51, Madinat Errahma (en face de Lydec Errahma), Casablanca

Tél.: 05 22 69 48 48 - Fax : 05 22 65 88 55 - E-mail : laboratoireachifa@gmail.com

IF : 25017435 - Patente : 32960317 - ICE : 002086050000088 - CNSS : 5885192



## GLOBULES BLANCS

Leucocytes :	5.30	$10^3/\mu\text{L}$	(3.90-10.20)	6.10
Polynucléaires Neutrophiles :	59.5	%		55.3
Soit:	3.15	$10^3/\mu\text{L}$	(1.50-7.70)	3.37
Polynucléaires Eosinophiles :	1.3	%		1.4
Soit:	0.07	$10^3/\mu\text{L}$	(0.02-0.50)	0.09
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%		0.6
Soit:	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	(<0.20)	0.04
Lymphocytes :	31.0	%		32.4
Soit:	1.64	$10^3/\mu\text{L}$	(1.00-4.00)	1.98
Monocytes :	7.8	%		10.3
Soit:	0.41	$10^3/\mu\text{L}$	(0.10-0.90)	0.63

## PLAQUETTES :

277	$10^3/\mu\text{L}$	(150-370)	281
-----	--------------------	-----------	-----

## BIOCHIMIE SANGUINE

31-12-2022

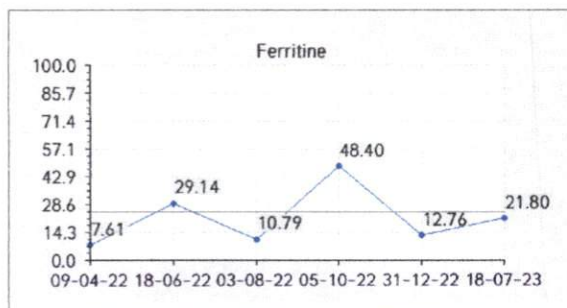
## Ferritine

(Chemiluminescence)

**21.80** ng/mL

(25.00-280.00)

12.76



**Bilan martial**

05-10-2022

**Fer sérique**

(Colorimétrie Ferene - KONELAB)

1.40 mg/L

25.1 µmol/L

(0.50-1.70)

(9.0-30.4)

0.52