

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'Horlogerie
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° W19-528307

197 539

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8367 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUISO KHACH

Date de naissance : 08 rue Amen Bnou Schl

Adresse : 1707 66

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imane CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khach
Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 19/10/2024

Nom et prénom du malade : MOUISO KHACH

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : quagite

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) :

19/10/2024

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/02/24 | | 1 | 2000 | INP : 00103000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| GRANDE PHARMACIE DU MAROC Mme. DEBBACH BENNIS NABILA Place Boudouaf - Casablanca Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46 | 19/02/24 | 64,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE HAMZAOU d'ANALYSES MEDICALES 64, Bd My Idriss - Casablanca Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46 | 22/02/24 | 0220 | 2400 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 canalaires, 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 <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | 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"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

Mlle Houria NISSRINE

Ordonnance

Casablanca, Le 19/08/2024

46,50
Flagyl 500

17,70
Eludril

bain de bouche

64,20

LOT 236018
PER 10 2026

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML

P.P.V : 17DH70



118000 010548

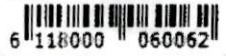
Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdesslam Khatabi
Casablanca - Tél : 05 22 28 34 52

GRAND PHARMACIE DU MAROC
DEBBACH BENNIS Naïma
Place de l'Indépendance - Casablanca
Tél : 05 22 30 42 28

LOT : 22E019V
PER : 07 2025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Flagyl 600 mg cp b 20
P.P.V : 46,50 DH



6 118000 060062

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول, رقم 2 - الدار البيضاء

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

HOARID NISSAINE

Ordonnance

Casablanca, Le 19-09-2024

NASCO - Echo -
CRP - JS

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 2 Rue Abdesslam EL Khatabi
Casablanca - Tél : 05 22 28 34 52

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء



مختبر حمزاوي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine HAMZAOU

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé



INPE 093060721

Facture N°: 22717

IF 87861100

TP 34459760

ICE: 001635816000075

Référence:



5 220224 285679

Date de prélèvement jeudi 22 février 2024

Nom Prénom MOURID NISSRINE

Médecin: ILHAM CHAH

| Code | Analyses | B | Coefficient | Total |
|------|-----------------------------------|--------|-------------|-----------|
| B370 | CRP | 100 | 1,10 | 110 dh |
| B216 | NFS (Numération Formule Complète) | 80 | 1,10 | 88 dh |
| HN | Prise de sang | 10 | 1,10 | 11 dh |
| B223 | VS (Vitesse de sédimentation) | 30 | 1,10 | 33 dh |
| | | B 220 | | 242,00 dh |
| | | Remise | - | 2,00 dh |

Net à payer TTC 240,00 dh

Arrête la présente facture à la somme de: DEUX CENT QUARANTE DIRHAMS

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
Dr Nouredine HAMZAOU
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46



مختبر حمزاوي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine HAMZAOU

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 22-févr-24

Date de prélèvement: jeudi 22/02/2024

52222

Référence:



5 220224 285679

Nom, Prénom:

MOURID NISSRINE

Préscripteur, Dr:

ILHAM CHAH

BIOCHIMIE CLINIQUE

FEMME ADULTE

| Profil | Analyses | Résultat | Valeurs de références |
|---------------|-------------------|----------|------------------------------------|
| Inflammatoire | | | |
| | CRP | < 2,5 | < 8 mg/l IFA (Immuno-Fluoro-Assay) |
| | VS 1e Heure | 15 | 2 - 7 mm Westergreen |
| | VS 2e Heure | 30 | 6 - 14 mm Westergreen |

Observations:

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
Dr Nouredine HAMZAOU
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46



مختبر حمزاوي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine HAMZAOU

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 22-févr-24

Date de prélèvement: jeudi 22/02/2024

52222

Référence:



5 220224 285679

Nom, Prénom:

MOURID NISSRINE

Prescripteur, Dr:

ILHAM CHAH

NFS: HEMOGRAMME

Cytométrie de flux

| Analyses | Résultats | Valeurs de références: | FEMME ADULTE |
|-----------------------------------|-----------|------------------------|-------------------------------------|
| Ligné érythrocytaire | | | |
| Hématies | 4,34 | 4,20 - 5,00 | Millions/ μ l. |
| Hémoglobine | 11,5 | 12,0 - 16,0 | g%ml. |
| Hématocrite | 40,1 | 38 - 45 | % |
| Constantes erythrocytaires | | | |
| VGM | 92 | 85 - 95 | μ l. |
| TGMH | 26 | 27 - 34 | pg/ μ l |
| CCMH | 29 | 30 - 36 | / μ l |
| Ligné leucocytaire | | | |
| Leucocytes | 6,29 | 4,5 - 10,0 | Mille/ μ l. |
| Formule leucocytaire | | | |
| P.Neutrophiles | 53,5 % | 3365 / μ l | 45 - 75 % 2000 - 7500 / μ l. |
| Lymphocytes | 31,8 % | 2000 / μ l | 25 - 45 % 1500 - 4000 / μ l |
| Monocytes | 12,9 % | 811 / μ l | 2 - 8 % 200 - 800 / μ l. |
| P.Eosinophiles | 1,7 % | 107 / μ l | 1 - 3 % 50 - 200 / μ l. |
| P.Basophiles | 0,1 % | 6 / μ l | 0 - 0,5 0 - 80 / μ l. |
| Ligné Thrombocytaire | | | |
| Plaquettes | 220 | 150 - 400 | Mille/ μ l. |
| VPM | 10,5 | 7,2 - 11,1 | fl |
| Thrombocrite | 0,231 | 0,090 - 0,540 | % |

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
Dr Nouredine HAMZAOU
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

64, شارع مولاي ادريس الأول (الطابق الأرضي). زاوية شارع 2 مارس (قرب الجماعة الحضرية مرس السلطان) - الدار البيضاء
64, Bd. Moulay Idriss 1er (Res-de-chausée), Angle Bd. 2 Mars, (Attendant à la Commune Urbaine Mers Sultan) - Casablanca

☎ : 05 22 28 40 65 ☎ : 05 22 28 40 46 - E-mail: hamzaoui@menara.ma