

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.

Biologie 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

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° M21- 073102

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : RIFFI Amale

Date de naissance : 01/01/63

Adresse : 4, Rue Taourate

Tél. : 0661 39 17 16

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 / 12 / 2021

Nom et prénom du malade : DAOUNER Tawfik

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucoma

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 : CASABLANCA

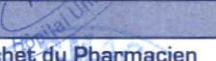
Le : 12/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/12/21	Service International			Pr. BENHARBIT Mounir Ophtalmologiste INPE: 101107829 Al Cheikh Zaid - P Regneur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/2021	3577

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/12/21	Ra E.C.G	80,00
	15/12/21	BAC 1 ^{er} S	155,00

[illegible][illegible]VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Rabat Le : 15/12/21

Le DAUNER Jamel

œil gauche



3570

Tobradex colp

stte x 4/ ; x 10 ;
s' partit le 23/12/21



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406834 MA



Pr. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologiste
INPE : 101107829
Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Rabat Le :

15 DEC. 2021

M DAOUDET Jamal

VPA
- ECG

OK Dr. Shaban

trabecullect OG
OG AG
(myopie forte)

Pr. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologiste
INPE : 101107829
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur DAOUMER JAMAL

Dossier N° : 21613066

Dossier ouvert le : 18/12/21 - Edité le : 20/12/21

Page N° 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Antériorités

Hématies	:	4,74	M/mm3		4,2 - 5,9
Hémoglobine	:	13,4	g/dl		13 - 17,7
Hématocrite	:	42	%		
V.G.M.	:	88,2	μ3		80 - 100
C.C.M.H.	:	32,1	%		30 à 36
T.C.M.H.	:	28,3	pg		27 à 32
Leucocytes	:	9 150	/mm3		4000 - 10000

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. neutrophiles	:	59,8	%	soit	5 472	/mm3	2000 à 7500
P. éosinophiles	:	2,6	%	soit	238	/mm3	20 à 800
P. basophiles	:	0,5	%	soit	46	/mm3	0 à 200
Lymphocytes	:	27,2	%	soit	2 489	/mm3	1000 à 4000
Monocytes	:	9,9	%	soit	906	/mm3	200 à 1000
Plaquettes	:	318 000	/mm3				150000 - 500000

BIOCHIMIE

* GLYCEMIE A JEUN	:	1,16	g/l		0,70 à 1,10
(Cobas C6000)	:	6,4	mmol/l		3,89 à 6,11

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 18 décembre 2021

Monsieur DAOUMER JAMAL

FACTURE N°	41105
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70	
Glycémie (a jeun) -----	B	30	Total : B 100

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15	
-----------	----	----	--

TOTAL DOSSIER

155,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Cinq Dirhams

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/86

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



Service Admission/Facturation

المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

2:527.621:

IPP : 1 578 034 N° de dossier : C213295465

DI : 2 874 963

Patient : DAOUMER JAMAL

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 15/12/2021

Description :

Medecin : C0003 ABABOU ADIL

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1875195

Royaume du Maroc



Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation

المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

2:527.619

IPP : 1 578 034 N° de dossier : E213295466

DI : 2 874 966

Patient : DAOUMER JAMAL

Montant : 80,00 Dh (quatre-vingts et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 15/12/2021

Description :

Medecin : E0513 ACTE PARAMEDICAL

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

N° 1875194

15-Déc-2021 14:38:41

ID:
D-naiss:
ans,

Fréq. Card.: 61 BPM
Int PR: 181 ms
Dur. QRS: 89 ms
QT/QTc: 382/384 ms
Axes P-R-T: 71 32 58

Daoumer jamael

