

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-440091

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12514 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MAHDI LAHCEN

Date de naissance : 16-06-84

Adresse : PERLE DE NOUACEUR II IMM 6 NPPT10 NOUACEUR

Tél. : 0674691526 Total des frais engagés : 515,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/08/19

Nom et prénom du malade : AIT MAHDI LAHCEN

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : 37

☒ 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 : CASA

Le : 25.08.2019

Adhérent(e) : [Signature]

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
27/08/19	E		30000	INP : 111139 Dr. RIFAATQA (P.D. Abayatcha) Pediatre Expert Assemblée 1 Cheik 70 70306 61 4

Dr. RIFAATQA (P. Pediatric Expert Assesment)

[illegible][illegible]

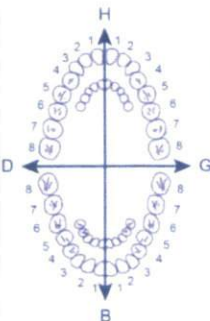
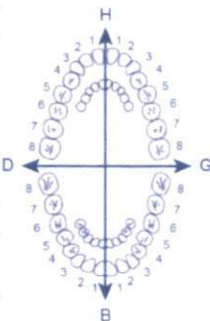
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Percipien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	27/08/19	Ar			5000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مصححة تمارة

Polyclinique Témara

Urgences
Réanimation
Médecine
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Unité de FIV
Traumatologie Orthopédie

Témara, le 17/8/2019

Docteur :

Malade : AT nym SKA

Ordonnance

1/ Nurodol 750
68 x 3/1;
2/ Doliprane 1000
1 x 1/2 x 3
Althine/3h
n 17/38

Dr. RIFALATQA (Ep. Aboutajdine)
Pédiatre
Expert Assemblée
Cherif Seddik Massira
Tél: 05 37 60 70 70/96 61 40 40 986



مصحبة تمارة Polyclinique Témara

Urgences
Réanimation
Médecine
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Unité de FIV
Traumatologie Orthopédie

Témara, le 27/8/2013

Docteur :

Malade : Art Noun JFA

Ordonnance

EG34 + Aulh

Laboratoire international d'analyses médicales
Av. Mohammed VI - Témara-Harhoura
Tél: 0537 404 404/405

Dr. RIFAIATQA (Cp. Aboujaoune,
Pédiatre
Expert Assermenté
Bd. My Ali Cherif, Sect. 3 - Messira - Cheikh Dacui
Témara - Tél: 05 37 60 70 70/66 61 40 40 86

Dr.H.Mekouar

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)
Ancien directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges
Consultant scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Horaires: Lun-Ve: 7h30 - 18h30
Sam: 7h30 - 13h00

Prises de sang à domicile:
0537.404.404 / 405



الدكتور .ح. مكوار

خريج كلية لوفان (بلجيكا)
مدير سابق لمختبرات بلجيكية
خبير علمي لمجموعة المختبرات المتحدة (لوكسمبورغ - ألمانيا - بلجيكا)

الاثنين - الجمعة : 7.30 صباحا - 6.30 مساء
السبت : 7.30 - 13.00

خدمة الزيارة المنزلية :
0537 404 404 / 405

Référence : 19080970

BBF AIT MEHDI Sofia

ANTIBIOGRAMMES

BIOMERIEUX VITEK

Germe testé : *Enterococcus faecalis*

Origine du prélèvement : URINE

B-LACTAMES

Ampiciline	Sensible	Amoxil, Alfamox, Agram
------------	----------	------------------------

MACROLIDES

Erythromycine	Résistant	Ery, Erithrocine
---------------	-----------	------------------

GLYCOPEPTIDES

Teicoplanine	Sensible	Targocid
Vancomycine	Sensible	Vancomycine

QUINOLONES

Ciprofloxacin	Sensible	Ciproxine, Ciflox
Moxifloxacin	Sensible	Avelox, Staxom

SULFAMIDES

Triméthoprim/Sulfaméthoxazole	Résistant	Bactrim, Cotrim
-------------------------------	-----------	-----------------

NITROFURANES

Nitrofuranes	Sensible	Furadantine, Furazide
--------------	----------	-----------------------

AMINOSIDES

Amikacine	Sensible	Amiklin
Gentamycine	Sensible	Gentaline, Gentakam

TETRACYCLINES

Tétracycline	Résistant	Tétracycline
--------------	-----------	--------------

Dr H.MEKOUAR

Merci pour votre confiance

Dr.H.Mekouar

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)
Ancien directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges
Consultant scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Horaires: Lun-Ve: 7h30 - 18h30
Sam: 7h30 - 13h00

Prises de sang à domicile:
0537.404.404 / 405



الدكتور . ح . مكوار

خريج كلية لوفان (بلجيكا)
مدير سابق لمختبرات بلجيكية
خبير علمي لمجموعة المختبرات المتحدة (لوكسمبورغ - ألمانيا - بلجيكا)

الإثنين - الجمعة : 7.30 صباحا - 6.30 مساء
السبت : 7.30 - 13.00

خدمة الزيارة المنزلية:
0537 404 404 / 405

Code Patient 19080970
Prélèvement du : 27-08-2019
Edition : 29-08-2019

BBF AIT MEHDI Sofia
Date de naissance : 04-06-2019
Référence : 19080970
Médecin Dr. RIFAI Atiq



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil : Poche stérile

Examen macroscopique

Aspect : Légèrement trouble
Couleur : Jaune

Tigette Urinaire:

pH:	6.0	(5.0-7.0)
Glucose:	Négative	
Proteines:	Négative	
Hématies:	Négative	
Leucocytes	POSITIVE +	
Nitrites	Négative	

Examen microscopique

Leucocytes :	42 / μ L	(<10)
Hématies :	1 / μ L	(<5)
Cylindres :	Absence	
Cristaux :	Absence	
Cellules épithéliales :	Rares(3/ μ l)	
Levures :	Absence	

Examen bactériologique

Cultures : (OXOID Brilliance UTI)	POSITIVES
Numération 1 :	10^6 UFC/ml
Germe 1 :	<i>Enterococcus faecalis</i>

FACTURE N° : 190002370

TEMARA-HARHOURA le 27-08-2019

BBF Sofia AIT MEHDI

Date de l'examen : 27-08-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B
0242	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 165.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante-cinq dirhams

Laboratoire international d'analyses médicales
Av. Mohammed 6 n°13 Temara-Harhoura
Tel: 0537-404-404/405

INPE Biologiste : 107163552
INPE Laboratoire: 103061248
ICE : 001746065000088
Num IF : 18769369

POLYCLINIQUE TEMARA

AV Allal Ben Abdellah Rue 4
Cité ANDALOUS TEMARA
TEMARA

F A C T U R E

N° : 3665 / 2019 du 27/08/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Bébé SOFIA AIT MAHDI	PAYANT	27/08/19	27/08/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE		1,00	50,00	50,00
			Sous/Total	50,00
Total clinique				50,00

DR. RIFAI Atiqa (pediatre)	CS	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
Total autres prestations				300,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL			350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS				

Polyclinique Témara
Av. Allal Ben Abdellah Rue Tolède
Cité Andalous TEMARA
Tél.: 0537.74.07.74 / 78
Fax : 0537.74.02.38