

## 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.

#### Prothèse 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  
Mise 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.

AS : 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

87210

### Déclaration de Maladie : N° P19- 0008967

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2451 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : AHRID MUSTAPHA Date de naissance : 1949  
Adresse : RÉS ALFAJR IMM RIHANENY BERNOUSSI  
Tél. : 0660870931 Total des frais engagés : 518,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : 1951

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) : .....

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0008967

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2451  
Nom de l'adhérent(e) : AHRID MUSTAPHA  
Total des frais engagés : 518,00  
Date de dépôt : 20/5/2020



# 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
28/04/20	Cari		2900	
05/07/20	Cari		2900	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/05/2020	5180,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/04/20	B100	125,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000              35533411           </div> <div>             00000000              11433553           </div> </div> B			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

518000

# ORDONNANCE

Pharmacie Ghodrane  
Boulevard Sidi Bernoussi  
Bordj - Algérie

Mthrid Fotima

08/08/20

10514002

1 Ancine plus 100mg/21 x2

lept

21 Amuor 5mg

16000000

31 Lordep

sero 18000000

41 Conofluen 100mg

lept 800 x 600

ROYAUME DU MAROC  
MINISTRE DE LA SANTE  
Pharmacie Ghodrane  
Boulevard Sidi Bernoussi  
Bordj - Algérie  
Tel: 022 73 26 31



DR. Medecine Généraliste  
Boulevard Sidi Bernoussi



**Amcard® 5 mg**  
28 Comprimés



6 118000 130413

**Amcard® 5 mg**  
28 Comprimés



6 118000 130413

LOT : 4741  
U.T. AV : 07-22  
P.P.V : 147 DH 00

**ANCINE Plus® 100mg/25mg**  
30 comprimés pelliculés



6 118000 141075

**ANCINE Plus® 100mg/25mg**  
30 comprimés pelliculés



6 118000 141075

KARDEGIC® 300MG  
SACHETS L30  
P.P.V : 30DH70



LOT : 9MA13  
PER : 08 2/20  
6 118001 081196

KARDEGIC® 300MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



LOT : 9MA13  
PER : 08 2020  
6 118001 081196

# ORDONNANCE



28

Le

04/2023

Bilan hépatique

GOT

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF  
Dr. EL KHAFIF Amal  
Ed Moarek Ben Boubker Hammadi N 52-54  
Hay Al Qods Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tel: 05 22 75 84 77 Fax: 05 22 74 8

*[Signature]*





# مختبر يافا للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YAF

BIOCHIMIE-HEMATOLOGIE-MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khaffi Ramdani

Pharmacienne Biologiste  
Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

د. أمال الخفيف رمضاني

Patente : 31643475 - I.F. : 53000550 - CNSS : 2064872 - ICE : 001540529000093

FACTURE N° : 200400793

Casablanca le 29-04-2020

تاريخ إجراء  
التحاليل غير قابل  
للغير

Mme AHRID Fatima

Date de l'examen : 29-04-2020

INPE  
093003440

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement	E10	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 100

Total dossier: 125.00 DH

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

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF  
Dr. EL KHAFI Amal  
Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54  
Hay Al Ouds Sidi El Berroussi Casablanca  
Tél: 05 22 75 86 77 / Fax: 05 22 76 84 39



# مختبر يافا للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YAF

BOICHIMIE - HEMATOLOGIE - MICROBIOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

د. أمال الخفيف رمضاني

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

Prélèvement du : 29-04-2020

Edition : 29-04-2020

Mme AHRID Fatima

Code Patient 1808020084 Référence : 2004290020

Prescripteur :

Page : 1/1

### BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Transaminases GPT (ALAT)  
(Cinétique Cobas C311)

9.5 UI/L

(7.0-35.0)

19-07-2019

15.2

Transaminases GOT (ASAT)  
(Cinétique Cobas C311)

20.1 UI/L

(10.0-35.0)

19-07-2019

22.2

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF  
Dr. EL KHAFIF Amal  
E. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54  
Hay Al Qods Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tel : 05 22 75 86 77 Fax : 05 22 76 84 39

Validé par : Dr Amal EL KHAFIF

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 7h30 - 17h00 / Samedi : 7h30 - 13h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54, Moubaraka Hay Al Qods Sidi El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 86 77 / Fax : 05 22 76 84 39 - E-mail : laboyafa@hotmail.com