

# 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° P19- 045602

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08725

Société : RAM

MB=30022

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI HALIL

Date de naissance : 26.01.65

Adresse : DAR KENT DAR BOUZA UJZI

Tél. : 0661658817

Total des frais engagés : 1330

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2020

Nom et prénom du malade : HASSOUANI

Age : 54

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HYPERTENSION

26 JUN 2020

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 : 02/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



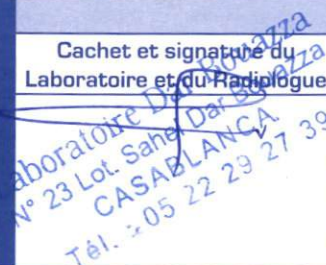
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/06/20	consultation		# 250,00	

# 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
	15/06/20	B 1930+ pink	1120 DHS

# AUXILIAIRES MEDICAUX

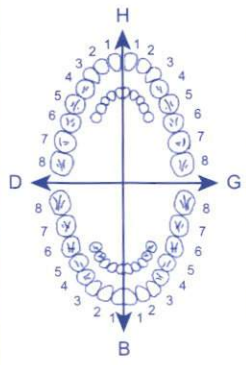
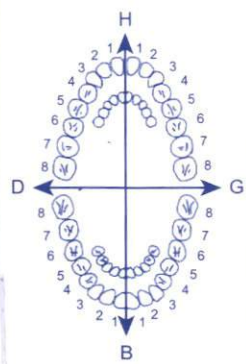
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Mme HASSOUNI Naima

Dossier N° : 150620-041

Page : 2/2

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

TSH us

: 3,08  $\mu$ UI/ml

2,59 (28/05/19)

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- Euthyroidie : 0,25 à 5  $\mu$ UI/ml
- Hyperthyroidie : < 0,15  $\mu$ UI/ml
- Hypothyroidie : > 7  $\mu$ UI/ml

VITAMINES

Valeurs Usuelles

Antériorité

VITAMINE D ( 25 Hydroxycholécalférol ) - D2 + D3

39,00 ng/ml

21,70 (04/02/19)

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- Déficient : < 20 ng/ml
- Insuffisant : 20 à 29 ng/ml
- Suffisant : 30 à 100 ng/ml
- Toxicité potentielle : > 100 ng/ml

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza  
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19  
Fax: 05 22 96 57 60

Dr. BAHRI Leyla

## Docteur Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénérologue

Ancien Médecin interne au

CHU Ibn Rochd et à L'Hôpital SAR Moulay El Hassan

Diplômée en Médecine Esthétique

et lasers de l'université de Besançon - France

Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles

Allergies - Brûlures - Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique - Lasers



## الدكتورة كوثر جناتي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

و مستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

و الليزر من جامعة بزنسون - فرنسا

أمراض الجلد، الشعر و الأظافر، الحساسية

الحروق، جراحة الجلد، طب التجميل، الليزر

Casablanca, le 11/6/2020.

Dr. Kaoutar Janati

NFS + pH  
Ferrikinine

TSKus -

DS & vit D3 -

Laboratoire Dar Bouazza  
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza  
CASABLANCA  
+51 5 44 22 23 27 33

## Facture

N° facture : 2020-1323

Edité le : 15/06/2020 10:46:55

Patient : Mme HASSOUNI Naima

Date prélèvement : 15/06/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
Ferritine	250	335,00
TSH us	250	335,00
VITAMINE D ( 25 Hydroxycholécalférol ) - D2 + D3	450	603,00
<b>Total B</b>	1030	1 380,20
<b>APB</b>	1,0	25,00
<b>Déplacement</b>		0,00
<b>Remise</b>		285,20
<b>Total</b>		1 120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille Cent Vingt dirhams \*\*\*

  
Laboratoire Dar Bouazza  
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 29 27 39



# LABORATOIRE DAR BOUAZZA D'ANALYSES MEDICALES

**Dr BAHRI Leyla**

N°23, Lot Sahel, Dar Bouazza, Casablanca Téléphone :0522292739

**Casablanca , le 15/06/2020**

*NB: Nous avisons notre aimable clientèle que les prélèvements sont effectués  
au plus une 1/2 heure avant la fermeture.*

*Horaires d'ouverture:*

*Du Lundi au vendredi entre 08 h 00 et 18 h 30*

*Le Samedi entre 08 h 00 et 13 h 00*

**Prélèvement du:** 15/06/2020 10:45

**Patient :** Mme HASSOUNI Naima

**NFS/FERRI/TSH/VITD3**

**Dossier:** 150620-041

**Total**

**1 120,00**

**Montant déjà réglé**

**0,00**

**Reste à payer**

**1 120,00**

**Pvt du:** 15/06/2020 10:45

**Dossier:** 150620-041

**Mme HASSOUNI Naima**



**Reste à payer:** 1 120,00

*Handwritten signature and blue circular stamp of the laboratory.*