

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### rmacie :

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.

### tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 049238

NID: 30514

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ..... *Tahiri Abdelghif*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : *066 2 2003 79* Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... *8 / JUN 2020*

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

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ..... *Leucémie*

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° P19-049238

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 : Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc  
Société à capital variable - Siège social : 84 Bd Ghanem - Casablanca  
Tél : 05 22 39 07 12 / 05 61 15 78 01 - Fax : 05 22 39 07 12 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-477333

25 JUN. 2020

ACCUEIL

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

666

Société :

R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

TAHIRI Abdelatif

Date de naissance :

10-01-1939

Adresse :

6 Rue KSER EL BADI Abdelmajid

Tél. :

0661-200379

Total des frais engagés :

160 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
84 Bd Ghanem - Casablanca  
Tél. 05 22 39 07 12 / 05 61 15 78 01

Date de consultation :

09/03 / 2020

Nom et prénom du malade :

TAHIRI LAILA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

FA Sans A.V.K.

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

Le : 19 / 03 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

A. TAHIRI

1. 23 39 31 10 26 61 15 7

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Mohamed Alami

Cardiologue

Spécialiste des Maladies

du Cœur et des Vaisseaux

Le 09.03.2020

Mme TAHIRI LAILA

## Demande d'examen biologique

- TP - INR

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES  
55, Av. Moulay Hassan Ier - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57  
Fax : 05 22 26



A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Dossier ouvert le : 12/03/20

Edition du : 24/06/20

**Madame TAHIRI JOUTEI LAILA**

**Docteur MOHAMED ALAMI**

Réf. : 20C642

Page : 2

**Compte Rendu d'Analyses**

**HEMOSTASE ( sur automate STA Satellite STAGO)**

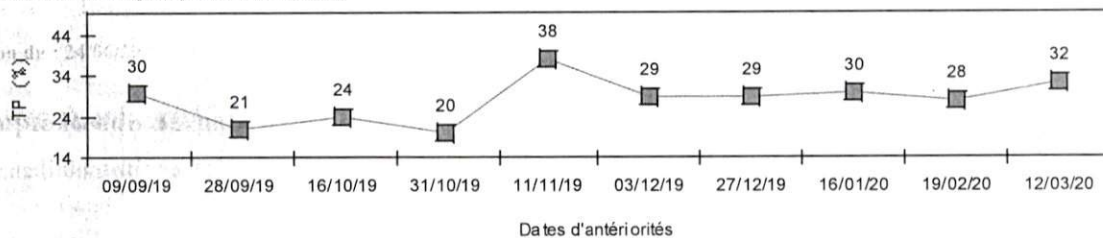
Normales

Antériorités

\* **TAUX DE PROTHROMBINE (TP)** : **32** % > 70 (Sauf si traitement)  
(Thromboplastine : Réactif stago ISI = 1,05)  
(modification de la technique à partir du 10/01/2020)

19/02/20

28



**TEMPS DE QUICK (TQ)**

Sujet : **31,1** sec.

(Témoin : **13,3** sec.)

I.N.R. : **2,44**

(Zone thérapeutique : 2,5 à 4,5) 2,73

**Zones thérapeutiques recommandées**

INR entre 2,0 & 3,0

\* Thromboses veineuses profondes et Embolie pulmonaire

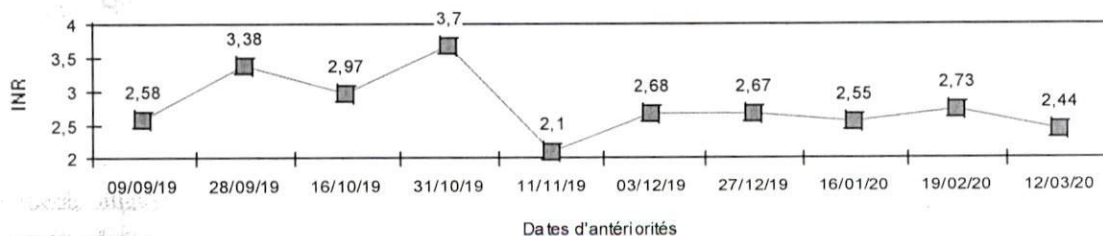
\* Fibrillations auriculaires

\* Prothèse valvulaire Biologique

INR entre 3,0 & 4,5

\* Prothèse valvulaires mécaniques / mitrale ou aortique

\* Valvulopathies mitrales



**Hicham LAZRAQ**  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
LABORATOIRES ARMES

A. ALAMI

H. LAZRAQ

55, شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

Tél. : 05 22 27 86 57 / 27 19 70 • Fax : 05 22 26 02 47 • E-mail : drlazraqhicham@gmail.com • Patente : 35500316 • CNSS : 1519753 - ICE : 001745097000034  
I.F. : 40300165 - INPE : 093000065 • Domiciliation Bancaire : SGMB Agence "A" - 84, Bd. Med V Casa - RIB : 022 780 000 001 00 063 179 / 49 74

**A. ALAMI**  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

**H. LAZRAQ**  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 12 mars 2020

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

FACTURE N°	1982
------------	------

Analyses :			
Taux de Prothrombine + INR -----	B	40	Total : B 40
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			80,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre vingt Dirhams

**LABORATOIRE D'ANALYSES**  
**MEDICALES ARMES**  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casablanca  
Tél : 05 22 27 86 57 / 27 19 70  
Fax : 05 22 26 02 47

55, شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

**Professeur Mohamed Alami**

Cardiologue

Spécialiste des Maladies

du Cœur et des Vaisseaux

Le 19.02.2020

Mme TAHIRI LAILA

**Demande d'examen biologique**

- TP - INR

**Dr. ALAMI M**  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

**LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES**  
55, Av. Moulay Hassan Ier - Casablanca  
Tél. 05 22 27 19 41 / 05 22 27 86 51  
Fax 05 22 27 20 20

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



**A. ALAMI**

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

**H.LAZRAQ**

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

**Tel :** 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

**Fax :** 05 22 26 02 47

**E mail :** drlazraqhicham@gmail.com

**Adresse :** 55 Avenue Moulay HASSAN 1er  
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 19/02/20

Edition du : 19/02/20

**Madame TAHIRI JOUTEI LAILA**

**Docteur MOHAMED ALAMI**

Réf. : 20B1058 **3111**

Page : 1

## Compte Rendu d'Analyses

### HEMOSTASE ( sur automate STA Satellite STAGO)

Normales

Antériorités

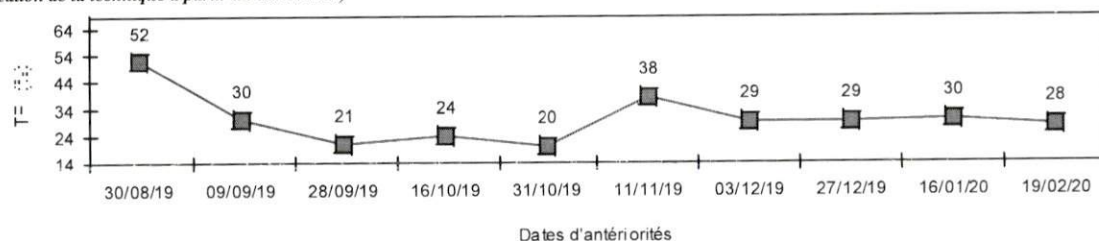
\* **TAUX DE PROTHROMBINE (TP)** : **28** % **> 70 (Sauf si traitement)**

(Thromboplastine : Réactif stago ISI = 1,05)

(modification de la technique à partir du 10/01/2020)

16/01/20

30



#### TEMPS DE QUICK (TQ)

Sujet : **34,6** sec.

(Témoin : **13,3** sec.)

I.N.R. : **2,73**

(Zone thérapeutique : 2,5 à 4,5) **2,55**

#### Zones thérapeutiques recommandées

INR entre 2,0 & 3,0

\* Thromboses veineuses profondes et Embolie pulmonaire

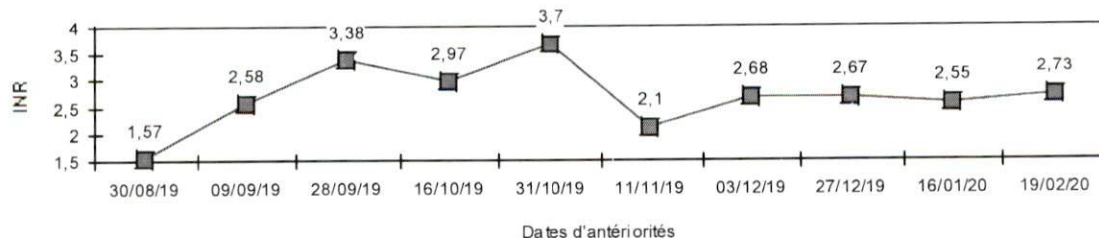
\* Fibrillations auriculaires

\* Prothèse valvulaire Biologique

INR entre 3,0 & 4,5

\* Prothèse valvulaires mécaniques / mitrale ou aortique

\* Valvulopathies mitrales





Casablanca le 19 février 2020

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

FACTURE N°	1521
------------	------

Analyses :

Taux de Prothrombine + INR -----	B	40	Total : B 40
----------------------------------	---	----	--------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

80,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Cas  
Tél : 0522 27 86 57 / 27 19 70 • Fax : 0522 27 86 51  
E-mail : 0522 26