

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

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° P19- 049500

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13186 Société : AOD - 31611

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUAHDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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° P19-049500

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 :

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

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'EXECUTION

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-451588

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Ouahdani Mohamed Amine

Date de naissance : 05/11/92

Adresse : 2227 AP Wifag Temara

Tél. : 0676143522 Total des frais engagés : 698,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Mohammed MALIH

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/20

Nom et prénom du malade : Yahya

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 : Rabat

Le : 20/03/2020

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
20/01/12	C		250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		58,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

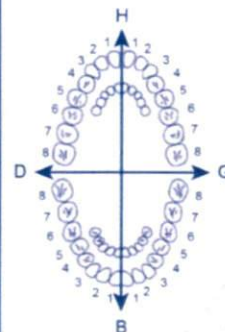
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/12	B, A, S, O	190,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

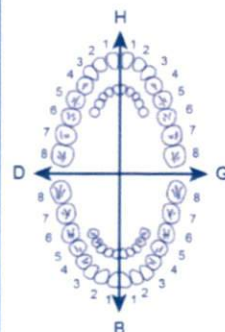
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr Mohammed MALIH

Professeur de Pédiatrie

Ancien Médecin Lt-Colonel
de l'hôpital militaire
Mohammed V - Rabat
Néonatalogie
Réanimation néonatale
Pédiatrie générale



Dr Mohammed MALIH
PEDIATRE
Ang. Av. Hassan II et Mohammed VI, Rés. Annakhil
App. 2A, Témara Centre / Tél: 0537.58.10.10
06 61.49.43.00 / INP: 031128945

الدكتور محمد مليح

أستاذ في طب الأطفال

طبيب عسكري سابق

حديثي الولادة - الإنعاش الوليدي

طب الأطفال العام

9,70

El Oued Yalye

① Doliprane 160 mg

1'170/64 h 0/28

19,00

② New 200 mg

19,00

2 - 8 x 4/1

③ Oflazone 1K

30,00

2 - 8 x 24

④ Aspirin 500 mg

58,70

1/2 = 3/158



PHARMACIE MAD EL WIFAQ
Av. El Khamsa Lot 1374 N°4,
Témara - Tél: 0537.58.10.10



قارة الشقة A2. إقامة النخيل، إقامة محمد السادس، شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس، إقامة النخيل، الشقة A2. قارة

Angle avenues Hassan II et Mohammed VI, résidence Annakhil, app. 2A. Tél: 0537.58.10.10 - الهاتف : 0661.49.43.00 - Mob. : 0661.49.43.00 - E-mail : malihmohamed@gmail.com

Dr Mohammed MALIH

Professeur de Pédiatrie

Ancien Médecin Lt-Colonel
de l'hôpital militaire
Mohammed V - Rabat

Néonatalogie
Réanimation néonatale
Pédiatrie générale

دكتور محمد مليح

أستاذ في طب الأطفال

طبيب عسكري سابق

ديثي الولادة - الإنعاش الوليدي

طب الأطفال العام



Dr Mohammed MALIH
PEDIATRE
Ang. Av. Hassan II et Med VI, Rés. Annakhil
Appt. 2A, Témara Centre / Tél: 0537 58 10 10
06 61 49 43 00 / INPE: 031128945

ECBU (Extrait +
Cult)

Laboratoire international d'analyses médicales
Av. Mohammed VI, 13 Témara-Harhoura
Tél: 0537 404 404/405

Dr Mohammed MALIH
PEDIATRE
Ang. Av. Hassan II et Med VI, Rés. Annakhil
Appt. 2A, Témara Centre / Tél: 0537 58 10 10
06 61 49 43 00 / INPE: 031128945

زاوية شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس، إقامة النخيل، الشقة A2. تمارة

Angle avenues Hassan II et Mohammed VI, résidence Annakhil, appt. 2A. TÉMARA CENTRE

Tél : 0537.58.10.10 : الهاتف - Mob. : 0661.49.43.00 : النقال — E-mail : malihmohamed@gmail.com : ب.إ.

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 (الوكسمبورغ - ألمانيا - بلجيكا)

الإثنين - الجمعة: 7.30 - 18.30 صباحا

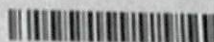
السبت: 7.30 - 13.00

خدمة الزبالة المنزلية:

0537 404 404 / 405

Code Patient 19120868
Prélèvement du : 21-01-2020
Edition : 23-01-2020

BBM EL OUAHDANI Yahya
Date de naissance : 19-08-2019
Référence : 20010886
Médecin Dr. MORJANE Fadila



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil :

Poche stérile

Examen macroscopique

Aspect :

Limpide

Couleur :

Jaune

Tigette Urinaire:

pH:

6.0

(5.0-7.0)

Glucose:

Négative

Proteines:

Négative

Hématies:

Négative

Leucocytes

Négative

Nitrites

Négative

Examen microscopique

Leucocytes :

6 / μ L

(<10)

Hématies :

1 / μ L

(<5)

Cylindres :

Absence

Cristaux :

Absence

Cellules épithéliales :

Quelques(10/ μ l)

Levures :

Absence

Examen bactériologique

Cultures :

(OXOID Brilliance UTI)

POSITIVES

Numération 1 :

10⁶ UFC/ml

Germe 1 :

Enterococcus faecalis

Dr. H. Mekouar
Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)
Directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges
Directeur scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Lun-Ven: 7h30 - 18h30
Sam: 7h30 - 13h00

Prelevement de sang à domicile:
0537 404 404 / 405



الدكتور هـ. مكوار
خرج كلية لوفان (بلجيكا)
مدير سابق لمختبرات بلجيكية
خبر علمي لمجموعة المختبرات المتحدة (الوكسمبورغ - ألمانيا - بلجيكا)
الإنترنت: الجمعة، 7:30 صباحاً - 6:30 مساءً
التيك: 7:30 - 13:00
خدمة الزبائن المنزلية:
0537 404 404 / 405

Référence : 20010886

BBM EL OUAHDANI Yahya

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

Lévofoxacin	Sensible	Evox, Efloxin
-------------	----------	---------------

Moxifloxacin	Sensible	Avelox, Staxom
--------------	----------	----------------

SULFAMIDES

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

NITROFURANES

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

AMINOSIDES

Amikacine	Sensible	Amiklin
-----------	----------	---------

Gentamycine	Sensible	Gentaline, Gentagam
-------------	----------	---------------------

TETRACYCLINES

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

Antibiogramme automatisé interprété selon les dernières recommandations du CLSI et de l'EUCAST.

Dr H. MEKOUAR

Merci pour votre confiance

FACTURE N° : 200000165

TEMARA-HARHOURA le 21-01-2020

BBM Yahya EL OUAHDANI

Date de l'examen : 21-01-2020

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
	Forfait prise de sang	E25	E

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 190.00 DH

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

Laboratoire international d'analyses médicales
Av. Mohammed 6 num 15 Temara Harhoura
Tel: 0537 404 404/405

INPE Biologiste : 107163552
INPE Laboratoire: 103061248
ICE : 001746065000088

Num IF : 18769369
Num CNSS : 4703569
Patente : 26963839