

RÉCOMMANDATIONS 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-452334

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648 Société : RAM 36624

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAHSEN Houda

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 066142620 Total des frais engagés : 150 DC + 2957 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/06/2020

Nom et prénom du malade : HOUDA BAHSEN Age : 20

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 : Casa Le : 21/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HABIB r. RHOUDA Abderrahmane Lissasfa Extension N°275 Tel: 06 77 77 77 77</p>	<p>03/06/2020 27/06/2020</p>	<p>325,00 DH 104,00</p>

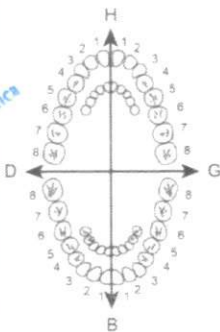
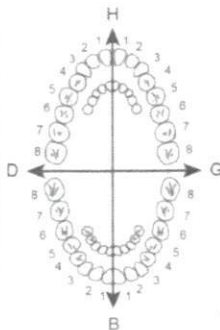
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				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

- Médecine Générale
- Echographie Générale
- Nutrition
- DU de Bordeaux En
- Diabétologie.
- DU de Dermatologie

Houda Allou

95,00 x 3 //

1/ IPP 2 //

40,00

2/

Gyno-Dermofix

300

3787

325,00



كابج ضخ البروتون
أوميبرازول 20 ملغ
بسهولة وحدات حيوية مقاومة للأحماض



Rabat.

19,50x2

4/

Spasfon-Lyoc (2)



1-1 Si. 8h Mo
1/55
le rpi

Si. 8h +++ 2-2-2

65,00

5

~~REFLUXAID Achille rpi~~



1 Gm x 8 / 7
U 6000 0

صيدلية حي البشير
Pharmacie Hay El Matar
1, Bd. Oum Rabia Oulfa - TA. 1920026 - Casablanca

Promoplus Pharma

PPC = 65,00 DH

REFLUXAID®

- Médecine Générale

- Echographie Générale

- Nutrition

- DU de Bordeaux En

Diabétologie.

- DU de Dermatologie

Interventionnelle de La

Faculté de Medecine de

Rabat.

M^{re} HOUDA BAKKOUND.

Bilim.



1/ ECG + ATU.



فرح السلام - عمارة 99 - ج ص 40 - الطابق السفلي - شقة 5 - حي الألفة

Farah Essalam - Imm. 99 - GH 40 - RDC - Appt 5 - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 06 32- E-mail : Hasnamed2@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOLISSASFA

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 65 22 93

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 07h45 - 18h30
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENZAKOUR Kenza
biolissasfa@gmail.com

FACTURE N° : 200600161

Mme BAHSSOUN Houda

Référence : 2006080087

Date de l'examen : 08-06-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirham .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOLISSASFA
Dr. BENZAKOUR Kenza
Tél: 05 22 65 22 93
Rte El Jadida Km9 - Lot. Diar Al Menzah
Lissasfa Hay Hassani - Casablanca

Route El Jadida Km9 – Lot. Diar Al Menzah – Lissasfa Hay Hassani Casablanca

Tél : 05 22 65 22 93 – E-mail : Biolissasfa@gmail.com

N° Patente : 36200084 – IF 24858272 – RC : 429382 - ICE : 001995299000048

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOLISSASFA

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 65 22 93
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 07h45 - 18h30
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENZAKOUR Kenza
biolissasfa@gmail.com



Prélèvement du : 08-06-2020
Code Patient 1712020008
Edition : 09-06-2020

Mme BAHSSOUN Houđa

Né(e) le : 01-01-1979 (41 ans - F)

Référence : 2006080087

Médecin : Dr chourkani hasna

Prélèvement du : 08-06-2020

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN CHIMIQUE:

pH: 6.0
Sucre: Négative
Albumine: Négative
Sang: Négative
Acétone: Négative

02-12-2017

6.0

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	4 / mm ³	(0-10)	9
	4 000 / ml	(0-10 000)	
Hématies :	<1 / mm ³	(0-5)	<1
	<1 000 / ml	(0-5 000)	
Cellules épithéliales :	Absence		
Cylindres :	Absence		
Cristaux:	Absence		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Gram : NEGATIF
Cultures : Négative

Demande validée biologiquement par : Dr K.BENZAKOUR

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOLISSASFA
Dr BENZAKOUR Kenza
Tél: 05 22 65 22 93
Rte El Jadida, 19- Lot Dour Al Menzouj
Lissasfa, 34000 Hassani - Casablanca