

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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- 058104

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10614 Société : 38905

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADI Radich

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 10 33 87 81 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) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obaux comportant un ou plusieurs échelons

ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 007865

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SMADI Rachid
Matricule : 10614 Fonction : AGENT commercial Poste :
Adresse : HAY SALAN n° 185 AGADIR
Tél. : 0610338281 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / /
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Ghizlane OUMRI
MEDECINE GÉNÉRALE
Signature et cachet du médecin
05 28 22 22 07 | 06 45 17 93 38
Imm. 4, Apt. 1, Jai Salan, 44, Sidi Agout

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 007865

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
23/05/2020	CS	4	150,00	Dr. Ghizlane OUMRI MÉDECINE GÉNÉRALE - SUITE DIABÈTE SOINS D'URGENCE 05 28 22 22 07 / 06 45 17 93 38 INPE 041241688

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ibn Zohr Code INPE 042033589	11/06/20	149,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. AZOU Lbce 26-27, Rue du Président Boukhar C. AGADIR Tél: 0528 843 688 Fax: 0528 847 848 INPE: 043002096	09/06/20	B845	525,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE	CœFFICIENT DES TRAVAUX														
<p>Dental arch diagram showing teeth 1-16 and 17-32. The diagram is divided into four quadrants by a vertical line (H/B) and a horizontal line (D/G). The top quadrant is labeled H, the bottom B, the left D, and the right G. The teeth are numbered 1-16 on the top arch and 17-32 on the bottom arch. The diagram is used for determining the coefficient of mastication.</p>	<table><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		<input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			<input type="text"/>													
			<input type="text"/>													
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Ghizlane Omri



د. غزلان عمري

Soins d'urgences

Échographie Générale & Obstétricale

E.C.G

Surveillance de la Grossesse

Surveillance HTA, Diabète

طبيبة سابقة في قسم المستعجلات
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Ancien Médecin au services des urgences
de l'hôpital Hassan II d'Agadir
Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

الإسعافات الأولية

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيط الكهربي للقلب

مراقبة الحمل

مراقبة الضغط والسكري

AGADIR, LE

11/06/2020

Mme Bouaziz

Dr. Ghizlane OUMRI

MEDECINE GENERALE - SUIVI DU DIABETE
ECHOGRAPHIE - URGENCES
05 28 22 22 07
Imm. 4, Appt. 1, Jet Sakan, Hay Salam, Agadir

74,60 x2

1) Enlus 5mg



1 cp le soir (2 fois)

149x20

Dr. Ghizlane OUMRI
MEDECINE GENERALE - SUIVI DU DIABETE
ECHOGRAPHIE - URGENCES
05 28 22 22 07
Imm. 4, Appt. 1, Jet Sakan, Hay Salam, Agadir

Dr. Som HANDOUR
05 28 23 54 51

Email : omrighizlan@gmail.com : البريد الإلكتروني

Prochain Rendez-vous le :

عمارة رقم 4، شقة 1، جيت سكان، (قرب مقهى ريان) حي السلام، أكادير- الهاتف : 05 28 22 22 07
Imm. 4, Appt. 1, Jet Sakan, (près de Café Rayan) Hay Salam, Agadir - Tél.: 05 28 22 22 07

En cas d'urgences appelez :
+212 645 17 93 38

Dr. Ghizlane Omri



د. غزلان عمري

Soins d'urgences

Échographie Générale & Obstétricale

E.C.G

Surveillance de la Grossesse

Surveillance HTA, Diabète

طبيبة سابقة في قسم المستعجلات

بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Ancien Médecin au services des urgences

de l'hôpital Hassan II d'Agadir

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

de Casablanca

الإسعافات الأولية

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيط الكهربائي للقلب

مراقبة الحمل

مراقبة الضغط والسكري

AGADIR, LE 27/05/2020

The Boussif Anal

Allergie Respiratoire

↳ Recherche d'Allergènes

respiratoires

Laboratoire d'Analyses Médicales

Dr. AZAOU Lhcen

25-27, Rue du Président Bekkai
Q. I. - AGADIR

Tél: 0528 843 586 Fax: 0528 847 800

Email : omrighizlan@gmail.com : البريد الإلكتروني

Prochain Rendez-vous le :

عمارة رقم 4، شقة 1، جيت سكان، (قرب مقهى ريان) حي السلام، أكادير - الهاتف : 05 28 22 22 07
م. 4، Appt. 1, Jet Sakan, (près de Café Rayan) Hay Salam, Agadir - Tél.: 05 28 22 22 07

En cas d'urgences appelez :

+212 645 17 93 38

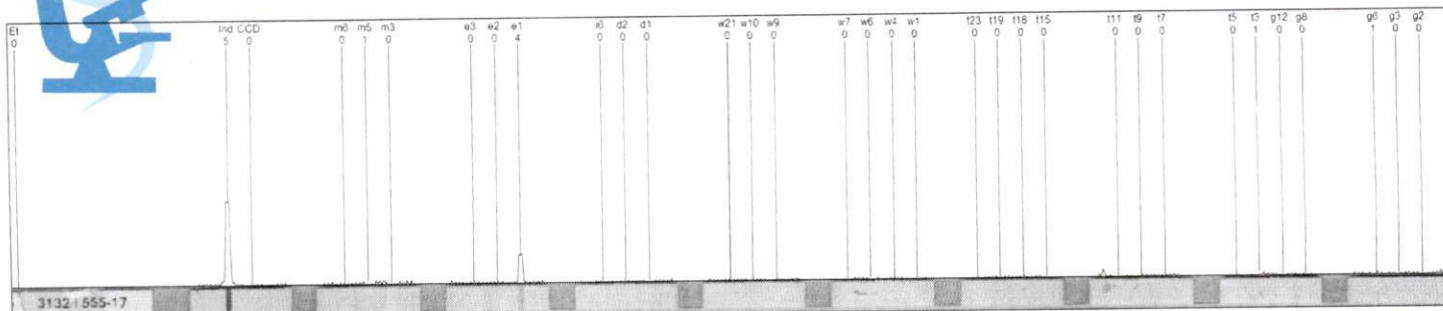
ID Patient:

BOUASSIL Amal

Test:

EUROLINE Allergie Respiratoire
Maghreb

Coffret:



Antigène	Intensité	Classe	01	2	3	4	5	6
Chiendent (g2)	2	0						
Dactyle (g3)	2	0						
Phléole des prés (g6)	3	1						
Pâturin (g8)	2	0						
Seigle (g12)	2	0						
Bouleau (t3)	3	1						
Hêtre (t5)	2	0						
Chêne (t7)	2	0						
Olivier (t9)	2	0						
Platane (t11)	1	0						
Frêne blanc (t15)	1	0						
Eucalyptus (t18)	2	0						
Mimosa (t19)	2	0						
Cyprés (t23)	0	0						
Ambrosie (w1)	1	0						
Camomille sauvage (w4)	2	0						
Armoise commune (w6)	2	0						
Marguerite (w7)	1	0						
Plantain Anglais (w9)	2	0						
Chénopode (w10)	2	0						
Pariétaire (judaica) (w21)	2	0						
Dermatophagoides pter. (d1)	2	0						
Dermatophagoides farinae (d2)	2	0						
Blatte germanique (i6)	2	0						
Chat (e1)	36	4						
Chien (e2)	2	0						
Cheval (e3)	2	0						
Aspergillus fumigatus (m3)	2	0						
Candida albicans (m5)	3	1						
Alternaria alternata (m6)	2	0						
Marqueur CCD (CCD)	2	0						
Indicator Band (Ind)	108	5						
Étiquette (Et)	-1							

Intensité	Classe	Explication
0 - 2	0	Aucun anticorps spécifique détecté.
3 - 6	1	Très faible quantité d'anticorps détectée, présence d'une sensibilisation souvent sans symptômes cliniques.
7 - 15	2	Faible quantité d'anticorps détectée, existence d'une sensibilisation, souvent les symptômes cliniques sont présents dans la partie haute de la classe.
16 - 30	3	Détection sûre d'anticorps, symptômes cliniques souvent présents.
31 - 55	4	Fort taux d'anticorps. Presque toujours avec des symptômes cliniques.

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhacen
 25-27, Rue du Président Bekkai
 Q. I. - AGADIR
 Tél: 0528 843 804 Fax: 0528 847 800



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHAAB)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:

- ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE
- THERAPEUTIQUE EN STERILITE
- BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
- PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE
- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

Docteur OMRI Ghizlane
Imm 4 , Appt 1 jet Sakane
Cité Essalam

80000 AGADIR

Dossier: 09/06/2020-030 Edité le: 11/06/2020

Prélèvement Au Laboratoire 10:19:23

Patient Né : 24/09/1975

Mme BOUASSIL Amal

Assif C N°191

MARRAKECH

N° page 1 / 1

ALLERGOLOGIE

DETECTION ET QUANTIFICATION DES IgE SPECIFIQUES :

Allergie respiratoire : Euroimmun
Voir résultat ci-joint.

Docteur Azaou Lhcen

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
25-27, Rue du Président Bekkai
Q.I. - AGADIR
Tél: 0528 843 586 Fax: 0528 847 800

56 - 110	5	Titre d'anticorps très élevé.
111 - 256	6	Titre d'anticorps très élevé.



Signature : _____ 11 JUIN 2020

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
 25-27, Rue du Président Bekkai
 Q. I. - AGADIR
 Tél: 0628 843 888 Fax: 0628 847 888

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU**

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHAAB)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:

- ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE
- THERAPEUTIQUE EN STERILITE
- BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
- PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE
- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

LIBELLÉ

Edité le : jeudi 11 juin 2020

FACTURE pour votre mutuelle**09062020 030**

REN B0

PN B545

NUMERO D'IMMATRICULATION

LIBELLÉ

ICE:

001580821000064

BENEFICIAIRE nom et prenom BOUASSIL Amal

BENEFICIAIRE adresse Assif C N°191

BENEFICIAIRE ville MARRAKECH

BENEFICIAIRE Date Naissance : 24/09/1975

DATE D'ORDONNANCE 09/06/2020

DATE DES EXAMENS 09/06/2020

Nombre de B total : 545Total prélèvements : 25,00

PART ORG. OBLIGATOIRE

TAUX

ORGANISME DEST.

PART ORG. COMPLEMENTAIRE

TAUX

ORGANISME COMPL.

PART ASSURE 625,00

TOTAL 625,00

Date saisie	No dossier	Paiement	Date paiement	Mode reglement	Banque
09/06/2020	30	625,00	09/06/2020	Espèces	

Total réglé : 625,00

SIGNATURE ET TAMPON LABORATOIRE

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Incen
25-27, Rue du Président Bekkai
Q. I. AGADIR
Tél: 0528 843 886 Fax: 0528 847 889