

## 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.

### 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](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 - 5ème 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)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 058372

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07731 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ

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 : HERDOUZ RHAÏMOU 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° P19-058372

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

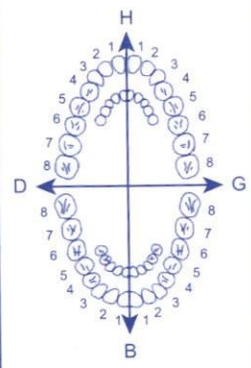
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

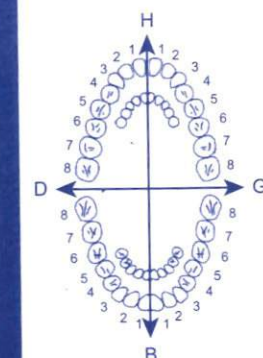
### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

2

Consultation des Feuilles de soins		TESTSR		18-SEP-20	
Feuille de soins		Détail feuille de soins		Additifs	
		Détail médicaments			
Feuille N° : W15/20893					
Matricule : 07731		Nom & prénom : TABIT BENSLIMANE		ABDELAZIZ	
Bénéficiaire : Conjoint					
		Nom : HERDOUZ			
		Prénom : RHAIMOU			
		Age : 57			
E.P 1 N° :		Docteur :			
E.P 2 N° :		Docteur :			
E.P 3 N° :		Docteur :			
Date dépôt : 17/07/2019		Date traitement : 23/07/2019			
Résultat du traitement : Accepté					
Observation : MQ ENG					



MUPRAS MURPHY UNIVERSAL PROSTHETIC RESEARCH ASSOCIATION 400 West 10th Street St. Louis, MO 63101				W15-020893		DATE DE DÉPÔT	
<p>Remplir les renseignements en bas de la feuille en cas de traitement considéré, ainsi que le prix du ROOF</p>							
<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traquées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux		
Montant des soins							
Début d'exécution							
Fin d'exécution							
Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux					
Montant des soins							
Date du devis							
Fin de l'exécution							
(Création Remont adjonction) Fourniture masticatoire adhésive à l'acrylate							
Date de validité de cette feuille est de (1) trois mois							
Entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les renseignements par la MURPHY							

À REMPLIR PAR LE CLIENT		Mie: T-131	
Nom & Prénom: <b>ABIB Ben Slimane Abdelaziz</b>			
Fonction: <b>Retraité</b>		Phone: <b>0697530515</b>	
eMail:			
<b>MEDICIN</b>		Prénom du patient: <b>EL HADOUZ</b>	
Adhérent: <input type="checkbox"/> Ceryont: <input checked="" type="checkbox"/> Enfant: <input type="checkbox"/>		Age: <b>58 ans</b>	
Nature de la maladie:		Date: <b>03/06/19</b>	
Date 1ère visite:			
Signé d'un accident, Causes et circonstances:			
Nature des actes:	Nbre de Coefficient:	Montant détaillé des Honoraires:	
<b>C5</b>	<b>1</b>	<b>30004</b>	
<b>PHARMACIE</b>		Date: <b>22-06-19</b>	
Montant de la facture:		<b>243.20</b>	
<b>HONORAIRES - DENTISTES</b>		Date: <b>01/06/2019</b>	
Designation des Coefficients:	Montant détaillé des Honoraires:		
<b>B280</b>	<b>333.0004</b>		
<b>ANNEXES - DENTISTES</b>			
Date:			
Nombre:		Montant détaillé des Honoraires:	
AM	PC	IM	IV

ORDONNANCE

Dr. FLEYOU Rachid  
Gynécologue - Obstétricien  
14 Rue Lafayette Rés. Continental  
Rez de Chaussée - TANGER  
Tél. C. 05 39 32 15 15

22.06.19

69.90 x 2  
= 139.80

1/ Gyrolo

Dr. FLEYOU Rachid  
Gynécologue - Obstétricien  
14 Rue Lafayette Rés. Continental  
Rez de Chaussée - TANGER  
Tél. C. 05 39 32 15 15

51.70 x 2  
= 103.40

2/ Ac. fénico  
A. edicofol 251

243.20

PHARMACIE D'ELICE  
14 Rue Lafayette Rés. Continental  
Tél. C. 05 39 32 15 15  
Fax. 05 39 32 15 15

Dr. FLEYOU Rachid  
Gynécologue - Obstétricien  
14 Rue Lafayette Rés. Continental  
Rez de Chaussée - TANGER  
Tél. C. 05 39 32 15 15



Cabinet de gynécologie

Docteur Fleyous Rachid  
Accouchement - chirurgie  
de l'appareil génitale  
et seins - stérilité du couple



الدكتور فليوس رشيد  
اختصاصي في توليد العقم - امراض  
وجراحة الثدي والجهاز التناسلي

Tanger le 03/06/98

Mme Dr. Houdouge Kleinow

1 N.F.S.

21 H.N.

37 flegme

41 T. ?

51 C.R. ?

Laboratoire Medical IBERIA  
Dr. Houedine El Founini  
Gynécologue - Obstétricien  
05 39 83 70 21 Fax 05 39 83 68 39  
05 39 83 70 21 Fax 05 39 83 68 39

Dr. FLEYOUS Rachid  
Gynécologue - Obstétricien  
14, Rue Lafayette res. Continental  
Rez de chaussée TANGER  
Tel. 05 39 32 15 15

14, Rue Lafayette res. Continental rez de chaussée n°9 - Tanger 0539 32-15-15  
رقعة لافاييت عمارة كونتينتال الطابق السفلي رقم 9 - طنجة 0808 40-83-81

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

D.S. : Biochimie - Virologie, Biochimie, Parasitologie, Immunologie, Pathologie - Myologie

M.S.B.M. : Cytochimie, Génétique (odontologie, Immunologie, Immunopathologie)

Cours de Myologie Médicale de l'Institut Pasteur (Paris)

Certificat de cours de reproduction humaine (SMC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction (Paris)

INPE  
163060501

Tanger le 4 juin 2019

Mme EL HARDOUZE RHIMOU

FACTURE N°	32281
Analyses :	
Numération formule sanguine	B 80
Taux de Prothrombine (TP)	B 40
Glycémie (à jeun)	B 30
Urée	B 30
Protéine C réactive	B 100
Total : B 280	
Prélèvements :	
Sang	Pe 1,5
TOTAL DOSSIER 333,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Trente Trois Dirhams

I.F. 24302030  
I.C.E. 00073127000065





# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction  
DES : Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie  
MSBM, Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie  
Cours de Mycologie Médicale de l'Institut Pasteur (Paris)  
Certificat du cours de reproduction humaine (SMFC - AZN/11)  
DIP de formation pratique en biologie de la reproduction (Paris)

Duvert le: 04/06/19 Prelevement effectué à 08:41  
Edition du: 04/06/19

Mme EL HARDOUZE RHIMOU  
Dr RACHID FLEYOUS  
Ref: 19/122

Compte Rendu d'Analyse

Page: 2/2

## IMMUNO / SEROLOGIE

C R P (Turbidimetric + latex ) .....  
(Konelab 20XT1, Hitachi 704)

8,0 \* mg/l

Normales  
< 6

Laboratoire Medical IBERIA  
07 85 39 53 72  
07 85 39 53 73  
07 85 39 53 74  
07 85 39 53 75  
07 85 39 53 76  
07 85 39 53 77  
07 85 39 53 78  
07 85 39 53 79  
07 85 39 53 80  
07 85 39 53 81  
07 85 39 53 82  
07 85 39 53 83  
07 85 39 53 84  
07 85 39 53 85  
07 85 39 53 86  
07 85 39 53 87  
07 85 39 53 88  
07 85 39 53 89  
07 85 39 53 90  
07 85 39 53 91  
07 85 39 53 92  
07 85 39 53 93  
07 85 39 53 94  
07 85 39 53 95  
07 85 39 53 96  
07 85 39 53 97  
07 85 39 53 98  
07 85 39 53 99  
07 85 39 53 00

2 Place IBERIA, 99000 TANGER

Tel: 0539 937 021 Fax: 0539 936 818 GSM: 0668 351 257/0661 191 829 E-mail: elfounini\_nouredine@hotmail.com