

# 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.

## Diagnostique 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)

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)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 068645

NO: 45753

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bendi Mohamed

Date de naissance : 1952

Adresse : .....

Tél. 0623 13 60 11 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2010-10-20

Nom et prénom du malade : EL KACI EL KACI Age: 1969

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) : .....

# 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
26.10.2020			3590	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.10.2020	1076.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26.10.2020	Mus + PB	19.00 HT

# AUXILIAIRES MEDICAUX

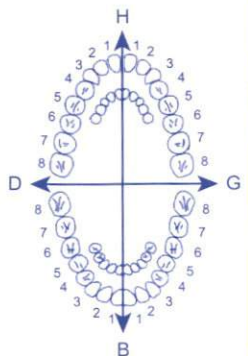
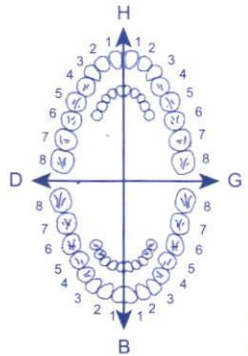
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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																
	<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															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 26-10-2020 : الدار البيضاء في :

24 Km Sabat

98.00

- Pava des Alcoolés (2) laver avec

87.30

- Dermopne crème

10/11 cm (2) (2)

64.00

- Cenebène

extra (2) (2)

260.00

- Onycta crème

(2) (2)

Maphar  
Km 1 Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
ONYSTA PT UREE DM 10G  
PPC : 260,00 DH

285.70

- Ppceuse

1. Penta U30 (2) (2)  
Acid Scl (2) (2)

10/11 cm (2) (2)



LOT : 1290160  
PER : 05 2025  
PPV : 64 00

1. Indicateur de  
Cenebène extra  
mélange à l'huile  
d'onycta crème

les pava occlusif



102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

102, شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36

DATE : 2001/24  
TIME : 08:00  
CCTV : 001, 002, 003 DH

**DR. LATIFI AMINA EP HALLI**  
Dermatologue-Venerologue  
102 Bd Oum Errabi Residence Sekna Oufia-Morocco  
Tel.0527 88 7657

1076.90

PHARMACIA SORHIA  
Reme. Med. Farm. e Ch. Sorhio  
214, Bd. Ibrou Sima - CASA  
Tel: 0522 38 01 64

PHARMACIE SOPHIA  
27, Bd. Drouot - 75001 PARIS  
Tel: 0622 28 01 64

**Date du prélèvement** : 26-10-2020 à 17:23

**Code patient** : 1912252016

**Né(e) le** : 16-07-1969 (51 ans)



**Mme Sabah EL KIRI**

Dossier N° : 2010262020

Prescripteur : Dr AMINA LATIFI EP HALLI

**BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE**

- **Transaminases GOT (ASAT)**  
(Méthode : IFCC)

16 UI/L (0-35)

- **Transaminases GPT (ALAT)**  
(Méthode:IFCC)

12 UI/L (0-45)

Validé par le biologiste



**FACTURE N° : 2010262020**

Casablanca le 26-10-2020

**Mme Sabah EL KIRI**

Date de l'examen : 26-10-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 159.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante-neuf dirhams

IF : 14377655 INPE : 09361062

  
Laboratoire EVOLULAB  
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com  
RC : 267035 - ICE : 001666539000001

## Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية  
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : El Krou Sabat 026-10-2020 : الدار البيضاء في

## ANALYSES BIOLOGIQUES

### EXAMENS DE SANG

- \* NFS / Plaq
- \* CRP

- \* Fer sérique

- \* Glycémie à jeûn
- \* GPP

- \* Urée
- \* Acide Urique

- \* Cholestérol
- \* Triglycérides

- \* SGOT
- \* Bilirubine
- \* Phosphatase alcaline

- \* CPK
- \* LDH
- \* Aldolase

- \* Inogramme
- \* Calcium
- \* Mg++ sérique

- \* Vit D
- \* Cortisolemie 8h et 16h
- \* PSA

- \* CLA. Trophallergènes
- \* CLA. Pneumallergènes
- \* IgE totaux

- \* ASLO
- \* Laltex
- \* Complément : C2 - C3 - C4 - CH50
- \* Waaler Rose

- \* Vs
- \* Fibrinogène

- \* Ferritine

- \* HbA1C

- \* Créatinine

- \* HDL
- \* Lipides

- \* GPT
- \* GGT

- \* CPK. MB
- \* Troponine

- \* Phosphore
- \* Mg++ globulaire

- \* TCK
- \* TP

- \* Anticorps anti-nucléaires
- \* Anticorps anti-DNA natifs

- \* V. D. R. L. - T. P. H. A. quantitatifs

- \* Sérologie de HVC
- \* Sérologie de HVB
- \* AgHBs \* AchBc
- \* AchBs
- \* Sérologie HVA IgM

- \* H. I. V.
- \* TSH \* T3L \* T4L
- \* AC TPO
- \* AC Thyroéoglobuline

### EXAMENS D'URINE

- \* ECBU + ATB
- \* Proteinurie / 24h
- \* Microalbuminurie / 24

### EXAMENS DE SELLES

- \* Parasitologie - Coproculture

### PRELEVEMENTS GENITAUX

- \* P. Vaginal \* FCV \* P. Urétral
- \* R. Chlamydiae \* R. Mycoplasme

### EXAMENS MYCOLOGIQUES

- \* Spermogramme
- \* Spémoculture

### AUTRES