

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, parodontologie 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

- 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-519722

55066

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 944 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HALIMONY Abdelmjid

Date de naissance : 29.01.1930

Adresse : Coop ALICHAFF II n° 21 Sidi

72200 F. CASABLANCA

Tél. : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 572,40 Dhs

522.32.19.54

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AM - EL ALAOU.
HEMATOLOGISTE
3, Rue Batignoles - Boulevard - CAS
Tél. 022 40.08.12

Date de consultation : 29/12/2020

Nom et prénom du malade : Age : 90

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémophilie

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/01/2021

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
19/11/12	CG	01	300,00	INP : 21046664 Dr. AM-EL AZAOZ Hématologue 3, rue Balmes - Casablanca Tél: 022 40.08.12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALICIA Lot Alchraïbi Sidi Maatoug Casablanca Tél/Fax: 0522 33 33 33	20/11/2012	272,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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"> <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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



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

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. AM-EL ALAOUI
HEMATOLOGISTE
3, Rue Sattiguel, Belvédère - CAS
Tél. 022 40 06 12

HALMONY Adelouph
Thrombopénie essentielle
A vie
Oui



مركز الأكلوجيا الشفاء
Centre D'Oncologie Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjounne et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 85 80 83/84/85 - Fax : 05 22 85 80 86 - Email : contact@oncologie-achifaa.ma

Casablanca le :

09/12/20

R HALMANY Abdelmajid.

63/50x2

Cineamul



26/20x2

1 gel 15/3

Acfl Tung



40/50x2

1 cp 3x5'x15'

2/

Landyfewy 80



1=27240

cp 1x2m



Boisson abondante

Dr. AM-EL ALAOU
HEMATOLOGISTE
2, Rue Batignolles - Beldjoudj - CAS
Tél: 022 48 08 12

[Signature]

CUREAML®

500 mg

Hydroxycarbamide

voie orale

PPV: 69 DH 50



6 118001 260607

CUREAML®

500 mg

Hydroxycarbamid

voie orale

PPV: 69 DH 50



6 118001 260607



319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH



319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

LOT: 14219004
PER: 05-2023
PPV: 26,20 DH

LOT: 14219001
PER: 02-2023
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Date du prélèvement : 07-12-2020 à 12:56

Code patient : 1908062008

Né(e) le : 09-01-1930 (90 ans)

Mr Abdelmajid HALMONY

Dossier N° : **2012072021**

Prescripteur : Dr A.M EL ALAOU



HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

16-09-2020

- Leucocytes	19.38	G/L	(3.90-10.20)	12.05
- Hématies	3.98	T/L	(4.00-5.65)	5.45
- Hémoglobine	9.2	g/dL	(12.5-17.2)	12.5
- Hématocrite	28.9	%	(37.0-49.0)	38.8
V.G.M	72.6	fL	(80.0-101.0)	71.2
T.C.M.H	23.1	pg	(27.0-34.0)	22.9
C.C.M.H	31.8	g/dL	(30.0-36.0)	32.2

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	75.5	%		67.8
Soit	14.63	G/L	(1.50-7.70)	8.18
Poly. Eosinophiles	1.3	%		3.5
Soit	0.25	G/L	(0.02-1.10)	0.42
Poly. Basophiles	1.1	%		1.6
Soit	0.21	G/L	(<0.35)	0.19
Lymphocytes	15.1	%		20.6
Soit	2.93	G/L	(>1.00)	2.48
Monocytes	7.2	%		6.5
Soit	1.40	G/L	(0.10-2.70)	0.78
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	868	G/L	(150-450)	329

Commentaire :

LEUCOCYTOSE
THROMBOCYTOSE

Validé par le biologiste

(Signature)
Laboratoire EVOLULAB
Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45
E-mail : evolulab@hotmail.com