

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, 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0032362

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2089 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
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 : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 M22-0032362

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 :

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

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

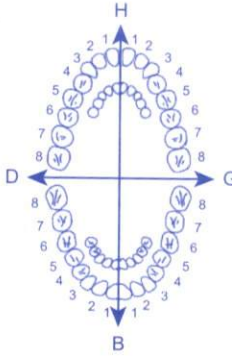
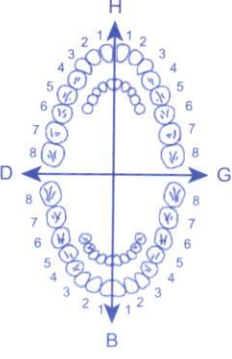
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 C/PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
 K = 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 kinésithérapeute
 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans 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 prévenir 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857/
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.ma

FEUILLE DE SOINS 728678

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Abdelhak
 Matricule : 2089 Fonction : RETRAITE Poste :
 Adresse : BLOC 5 NR 31 CAHUYAM 2 AGADIR
 Tél. : 06 29 22 09 29 Signature Adhérent : Abdelhak

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL KAZIMAH Khadija
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
 Date de la première visite du médecin : 29 AOUT 2022
 Nature de la maladie : Arterio, HTA, Hypertension, Affection synchrone
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances J. HASSARI Ahmed EL IDRISSI
Médecine Générale
Spécialiste en Médecine de Travail
D. Echographie - Diabétologie
 A Abdelhak le 29 AOUT 2022 Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISSI
Médecine Générale
Spécialiste en Médecine de Travail
- D. Echographie - D. Diabétologie
- Av. Abdelrahim Souaid

Le : 29 AOUT. 2022

ORDONNANCE

EL KARIMOUNI Khadija

1 - T-SH

Labo ELASRI
D'analyses Médicales
Dr. Omar EL ASRI
Tél : 05 28 234 235 - Fax : 05 28 234 236
E-mail : laboelasnri@gmail.com

2 - NRE

3 - Ferritine

4 - CRP.

Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISSI
Médecine Générale
Spécialiste en Médecine de Travail
- D. Echographie - D. Diabétologie
- Av. Abdelrahim Souaid

FACTURE: 7287/2022

AGADIR le

Nom et prénom

Référence

Médecin prescripteur

31/08/2022

MME EL KAZMOUNI KHADIJA

19K463

Docteur HASSARI EL IDRISSE AHMED

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	250
NFS.HEMOGRAMME	80
FERRITINE SERIQUE	250
CRP.C- REACTIVE PROTEINE	100
Total du (B)	B 680
Prise de sang (PC)	15,00 DH
Montant en DH	600,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SIX CENT DIRHAMS

Labo ELASRI
D'analyses Médicales
Dr. Omar EL ASRI
Tél: 05 28 234 235 - Fax: 05 28 234 236
Email: laboelasri@gmail.com

INP: 043062280
IF: 20761113
ICE: 001913045000091



Prélèvement du : 31/08/2022 à 09:22

Résultats édités le: 31/08/2022



Prescripteur: Docteur HASSARI EL IDRISSI AHMED

MME EL KAZMOUNI KHADIJA

Dossier N° 19K463

Page: 1/2

HEMOGRAMME

(Automate Sysmex XN-350)

NUMERATION SANGUINE

GLOBULES BLANCS.....	6 820	/mm ³	4 000 à 10 000	6150
GLOBULES ROUGES.....	4,56	M/mm ³	3,8 à 5,4	4,53
HEMOGLOBINE.....	12,9	g/dL	12 à 16	12,8
HEMATOCRITE.....	39,7	%	37 à 47	39,9
VGM.....	87,1	μ ³	82 à 98	88,1
TCMH.....	28,3	pg	27 à 33	28,3
CCMH.....	32,5	g/dL	32 à 36	32,1
PLAQUETTES.....	233	10 ³ /mm ³	150 à 400	215

Valeurs de référence 24/11/21 - 10:12

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.	39,8	%		
Soit	2 714	/mm ³	1 800 à 7 500	3247
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	1,6	%		
Soit	109	/mm ³	0 à 500	80
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,6	%		
Soit	41	/mm ³	0 à 100	43
LYMPHOCYTES.....	51,3	%		
Soit	3 499	/mm ³	1 000 à 4 500	2349
MONOCYTES.....	6,7	%		
Soit	457	/mm ³	200 à 1 000	430



Prélèvement du : 31/08/2022 à 09:22

Résultats édités le: 31/08/2022



Prescripteur: Docteur HASSARI EL IDRISSI AHMED

MME EL KAZMOUNI KHADIJA

Dossier N° 19K463

Page: 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Automate BECKMAN COULTER AU480)

CRP : C-REACTIVE PROTEINE: 2,8 mg/l Inf à 5,00 mg/l
Antécédent du 24/11/21 - 10:12 : 3,0 mg/l

HORMONES SANGUINES

TSH ultrasensible.....: 3,20 μ UI/ml 0,34 à 5,60
Antécédent du 24/11/21 - 10:12 : 8,67 μ UI/ml

Interprétation:

Euthyroïdie : 0.34 - 5,6 μ UI/ml

Hypothyroïdie : Sup à 6 μ UI/ml

Hyperthyroïdie : Inf à 0.15 μ UI/ml

FEMMES ENCEINTES :

1er trimestre : 0.05 - 3.70 μ UI/ml

2e trimestre : 0.31 - 4.35 μ UI/ml

3e trimestre : 0.41 - 5.18 μ UI/ml

FERRITINE: 51,40 ng/ml 15,00 à 200,00 ng/ml

Total de pages: 2

Dr. HASSARI AHMED EL IDRISSI

Médecine Générale

- Diplômé de la faculté de Médecine
de Rabat

- Diplômé d'Echographie
- Diplôme de Diabétologie
- Spécialiste en Maladie de Travail

الدكتور حساري أحمد الإدريسي

الطب العام

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

- دبلوم الإيكوغرافيا
- دبلوم السكري
- اختصاصي في طب العمل

Agadir, le: 01 SEP. 2022

EL KAZMOUNI Chadje

- 168.80 x 3 1. Micardis 40
1 fil par 3 mois
- 6.80 x 3 2. Levallores 20
1 fil par 3 mois
3. Polymonal plus
1 fil par 3 mois
4. Metespor 40
1 fil par 3 mois

Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISSI
Médecine Générale
Spécialiste en Maladie de Travail
- D. Echographie - D. Diabétologie
1, Av. Abderrahim Bouabid Agadir

9.4.05 5. Pilo - 7. 1.9.98 1.9.98 1.9.98
 76.10 6. CANBOST 1.9.98 1.9.98
 30.10 2. XEMB 100 1.9.98 1.9.98

T = 769.7

Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISSI
 Médecine Générale
 Spécialiste en Médecine de Travail
 - D. Echographie - D. Diabétologie
 11, Av. Abderrahim Bousbid Agadir
 Tél: 05.28.21.01.92

PHARMACIE LAZIB
 Dr. KSIKES Ahmed
 304, N°22 Ansemat Agadir
 Tél: 05.28.22.09.74

LOT : 1373
 PER : 02/24
 PPV : 30.10 DH

LOT: 0019
 PER: 03-25
 PPC: 76.00DH

6 118001 040230
 MICARDIS 40mg
 (Telmisartan)
 28 comprimés
 BOTTU S.A. PPV: 168 DH 80

6 118001 040230
 MICARDIS 40mg
 (Telmisartan)
 28 comprimés
 BOTTU S.A. PPV: 168 DH 80

6 118001 040230
 MICARDIS 40mg
 (Telmisartan)
 28 comprimés
 BOTTU S.A. PPV: 168 DH 80

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
 Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V.: 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH
 6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH