

# 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 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

M22- 0042850

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6001 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TIZAGHTI Omar  
 Date de naissance : 02-02-1962  
 Adresse :  
 Tél : 0661664981 Total des frais engagés : 150 + 150 + 80 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 : NICE Le : 25/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



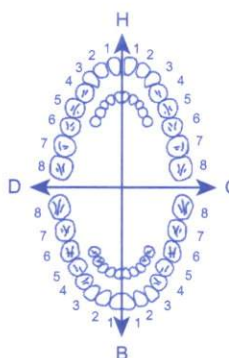
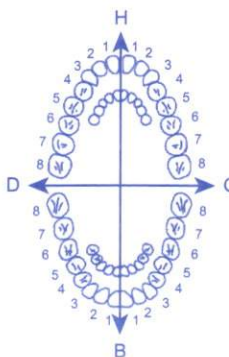
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

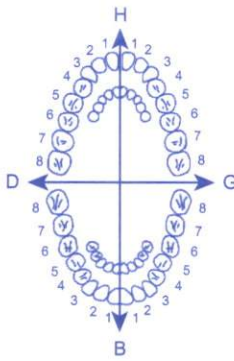
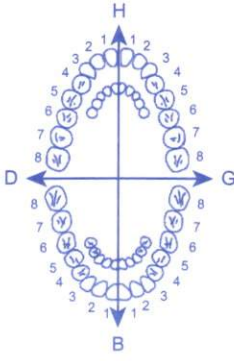
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">                     21433552                      00000000                      00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
	<div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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 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)  
**CNPSY** = 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 au 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 échelons 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 : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 0821298

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TIZAGHI Omar  
Matricule : 6221 Fonction : RAM Poste : 9019  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : 0661664981 Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BERM Keltoun Age 18 08 73  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : hypertension + diabète  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A Berrechid, le 09/11/2022 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

25 NOV. 2022  
DR. LOUBOUH  
KH. HIMI  
Tél : 05 22 03 07 72




## 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
09/11/22		CS 150		Médecin Généraliste Diabétologue RDC Quartier Layali - Berrechid Tel : 05 22 03 07 72

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/22	174,90

## ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire d'Analyses Médicales	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr AHAM IOURDANE 193, Bd Mohammed V - N°1 - Etage 1 - Berrechid Tél/Fax : 05 22 03 04 61 INPE : 083063499 ICE:002400927000071 IF : 39483570	10/11/22	B80 + L1	90,00 DH

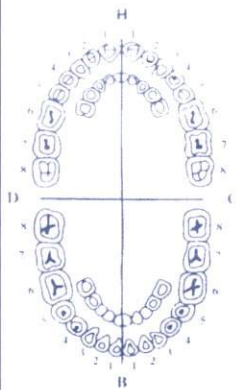
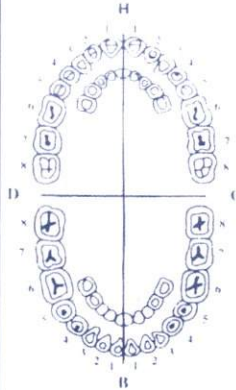
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></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																							
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

الدكتورة سهام أوبهيا  
الطب العام  
خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية  
أمراض النساء و تتبع الحمل  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

## Ordonnance

Berrechid, le 09/11/2022

Nom.prénom: Tilaght Keltum

1 - NF + PIC

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali - Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

**RDV:**

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 ( قرب مدرسة المذاهب ) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72

E-mail | sihamoubouhia@gmail.com





مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE : 063063499

FACTURE N° : 1221100084

BERRECHID le 10-11-2022

Mme TIZAGHTI Keltoum

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Numération formule	80	B80
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 90.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirhams .

مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
183, Bd Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499  
ICE:002400927000071  
IF : 39483570

Date du prélèvement : 10-11-2022 à 08:09

Code patient : 20220726012

Né(e) le : 18-08-1973 (49 ans)

Mme TIZAGHTI Keltoum

Dossier N° : 20221110004

Prescripteur : Dr OUBOUHIA SIHAM



## HEMATOCYTOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

26-07-2022

<b>GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)</b>	4.77	M/μl	(3.80-5.90)	4.44
Hémoglobine	14.7	g/dL	(11.5-17.5)	13.8
Hématocrite	44.9	%	(34.0-53.0)	42.5
VGM (Volume globulaire moyen)	94.0	fL	(76.0-96.0)	95.7
TCMH	30.8	pg	(24.0-34.0)	31.0
CCMH	32.8	g/dL	(31.0-36.0)	32.4
<b>GLOBULES BLANCS (Leucocytes)</b>	6 090/mm3		(3 800-11 000)	5 360
1-Polynucléaires Neutrophiles	57.9%	Soit 3 526/mm3	(1 400-7 700)	2 584
2-Polynucléaires Eosinophiles	0.6%	Soit 37/mm3	(20-580)	102
3-Polynucléaires Basophiles	0.4%	Soit 24/mm3	(0-110)	21
4-Lymphocytes	35.0%	Soit 2 132/mm3	(1 000-4 800)	2 305
5-Monocytes	6.1%	Soit 371/mm3	(150-1 000)	348
<b>PLAQUETTES</b>	350 000/mm3		(150 000-445 000)	314 000
			(-)	

VPM

9 fL

(2-13)

9

Commentaire sur l'hémogramme:

Numération formule sanguine normale.

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

DIABETOLOGUE  
 NUTRITIONNISTE  
 GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
 ECHOGRAPHIE  
 ELECTROCARDIOGRAMME



الدكتورة سهام أوبوها  
 الطب العام  
 خريجة كلية الطب والصيدلة  
 البيضاء

الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
 التغذية  
 متابعة الحمل  
 الصدى  
 بائي للقلب

LOT : 1289  
 PER : 07-27  
 P.P.V : 45 DH90

LOT : 8031  
 UT. AV : 04-25  
 P.P.V : 29 DH 00

## Ordonnance

Berrechid, le... 09/11/2022

Nom.prénom: TIAGHI Keltoun

45.90

1- Rimedat Sochet

100.00

2- Entérogel 40g

28.00

3- Nauseal 10g

Dep 13g

(18ue  
 de  
 che  
 ter)



Dr. OUBOUHIA Siham  
 Médecin Généraliste  
 Diabétologue

RDC Quartier Layali - Berrechid  
 Tél : 05 22 03 07 72

**RDV:**

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 ( قرب مدرسة المذاهب ) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72

E-mail | sihamoubouhia@gmail.com