

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.

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

M22- 0027515

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM (RTE)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABIAI Said
 Date de naissance : 05 - 11 - 52
 Adresse : 64 Rue Elzeizafoune
 131 LAGRANGE - CAS
 Tél. : 0666 818120 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2022
 Nom et prénom du malade : Sabia Said Age : 70 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection neuromusculaire
 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. J'ai
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 21 DEC 2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31/12/21	G5		G	

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
	27/11/22	3801	5500 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

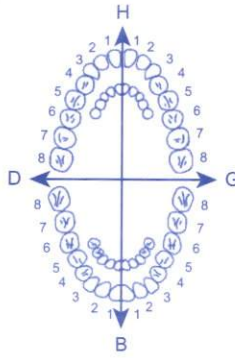
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

(+)

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

31/10/2022.

Sabri
Said

- 1) NFS
- 2) CRP
- 3) ESR + ATR.

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Professeur Asmaa HAZIM
Neurologie
091 183145

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
425, bd Mohamed VI, 3ét Derb Elkabir 20500
05.22.81.59.36 – 05.22.81.59.40

FACTURE N : 221100164

CASABLANCA le 07-11-2022

Mr Said SABIRI

Demande N° 22110720205

Date de l'examen : 07-11-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
PSA	Prélèvement sang adulte	E25
9106	Forfait traitement autre échantillon	B0
0216	Numération formule	B80
	ATB Entérobact Urin API	B60
	CRP	B100
	Examen Cytobactério des Urines	B150

Total des B : 390

TOTAL DOSSIER : 550DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent cinquante dirhams

LABORATOIRE DERB SULTAN
D'Analyses Médicales
Dr. Mohammed TOUJIL BENJELLOUN
425, Bd. Mohamed VI, 3ème Etage - Casablanca
Tel: 05 22 81 59 36

ICE : 001539203000005 / INP : 093002772 / I.F : 44601910



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التويمي بن جلون

DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN

PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE

CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

Enregistré le : 07-11-2022 14:06

Prélevé le : 07-11-2022

Edité le : 08-11-2022

Mr SABIRI Said

Né(e) le : 05-11-1952

Réf : 22110720205

Prescripteur: Tél :

Correspondant : Fax :

Sexe : M

HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

Hématies	4.25	M/mm ³	(4.00-5.40)
Hémoglobine	14.00	g/100ml	(12.00-16.00)
Hématocrite	39.80	%	(40.00-52.00)
CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES			
VGM	93.60	fl	(85.00-100.00)
TCMH	32.90	pg	(27.00-33.00)
CCMH	35.20	%	(31.00-36.00)
Leucocytes	5 850	/mm ³	(5 000-9 500)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	62.10	%	
Soit	3 632.85	/mm ³	(2 500.00-7 125.00)
Polynucléaires Eosinophiles	2.70	%	
Soit	157.95	/mm ³	(50.00-285.00)
Polynucléaires Basophiles	0.90	%	
Soit	52.65	/mm ³	(0.00-95.00)
Lymphocytes	28.00	%	
Soit	1 638.00	/mm ³	(1 000.00-4 000.00)
Monocytes	6.30	%	
Soit	368.55	/mm ³	(150.00-665.00)
Plaquettes	100.0		
(Tech : SYSMEX 2000i)	281 000	/mm ³	(150 000-400 000)

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Protéine C Réactive (CRP)

(Tech : COBAS C311)

0.95 mg/l

(0.00-5.00)

مختبر درب السلطان للتجلیلات الطبیة
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التویمی بن جلون

DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN

PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE

CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

22110720205 – Mr SABIRI Said

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen Macroscopique

Aspect	Limpide
Couleur	Jaune

Examen biochimique

pH	6.5	(6.5–7.5)
Proteines	Absence	
Sang	Absence	
Acétone	Absence	
Glucose	Absence	

Examen cytologique

Leucocytes	2 / mm ³	(0–10)
	2 000 / ml	(0–10 000)
Hématies	1 / mm ³	(0–10)
	1 000 / ml	(0–10 000)
Cellules épithéliales	Absence	
Cristaux	Absence	
Cylindres	Absence	

Examen bactériologique

Culture et Identification	STÉRILE
---------------------------	---------