

# 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0042835

141495

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12990

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FEDDOUL SARA

Date de naissance : 23/10/1990

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : FEDDOUL SARA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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
12/12/2022	C		1500H	

# 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
	12/12/22	P 1170 PC 0,89	1008,3 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

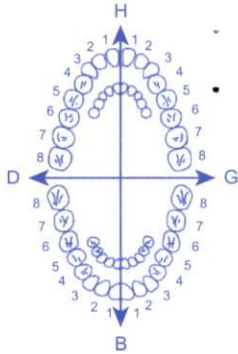
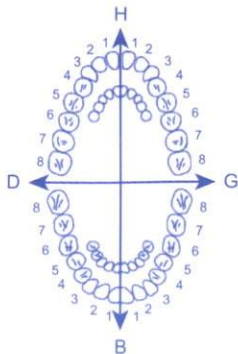
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS 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



# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2212122039**

Casablanca le 12-12-2022

**Mlle Sara FEDDOUL**

Date de l'examen : 12-12-2022

INPE :



Caisse : **MUPRAS**

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E	11.50 MAD
0154	Ferritine	B250	B	222.50 MAD
0118	Glycémie	B30	B	26.70 MAD
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B	53.40 MAD
0216	Numération formule	B80	B	71.20 MAD
0163	TSH	B250	B	222.50 MAD
0439	Vitamine D	B450	B	400.50 MAD
Total				1008.30 MAD

TOTAL DOSSIER : 1008.3DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit dirhams trente centimes







S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 23-10-1990, âgé (e) de : 32 ans  
Enregistré le: 12-12-2022 à 11:53  
Edité le: 12-12-2022 à 15:48  
Prélèvement : au labo  
Le : 12-12-2022 à 11:59

Mlle Sara FEDDOUL

Référence : 2212122039

Prescrit par : Dr LAHLOU A.Aziz

## HEMATOCYTOLOGIE

### Numération formule sanguine

(Cytométrie en flux et Impédance Beckman Coulter)

Hématies	4.49	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(3.80-5.80)
Hémoglobine	11.7	g/dl	(12.0-16.0)
Hématocrite	36.0	%	(37.0-47.0)
- VGM	80	fL	(80-98)
-TCMH	26	pg	(27-33)
- CCMH	33	g/dl	(32-36)
Leucocytes	7 800	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)
Polynucléaires Neutrophiles	63.9	%	
Soit	4 984	mm <sup>3</sup>	(1 800-7 500)
Polynucléaires Eosinophiles	2.3	%	
Soit	179	/mm <sup>3</sup>	(0-700)
Polynucléaires Basophiles	0.0	%	
Soit	0	/mm <sup>3</sup>	(0-200)
Lymphocytes	26.1	%	
Soit	2 036	/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 000)
Monocytes	7.7	%	
Soit	601	/mm <sup>3</sup>	(100-1 000)
Plaquettes	288	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(150-500)
VPM	8.7	fl	(6.0-12.0)



T. sup  
→

Enregistré le: 12-12-2022 à 11:53  
Edité le: 12-12-2022 à 15:48  
Prescrit par : Dr LAHLOU A.Aziz

**Mlle Sara FEDDOUL**

Né (e) le : 23-10-1990, âgé (e) de : 32 ans  
Référence : 2212122039

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

### Groupe sanguin ABO et Rhesus (1ère détermination)

Groupe sanguin ABO	B
Rhésus (D)	Positif

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

## BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/AU 480)

Glycémie à jeûn	0.96 g/l	(0.70-1.10)
	5.3 mmol/l	(3.9-6.1)
Ferritine (Chimiluminescence)	12.4 ng/ml	(4.0-104.2)

## HORMONOLOGIE

### Exploration thyroïdienne

TSH us (ECLIA/ Roche)	1.92 $\mu$ UI/ml	(0.30-3.60)
--------------------------	------------------	-------------

## VITAMINOLOGIE

Vitamine D2/D3 (25 OHD) (ELFA/ Mérieux)	20.3 nmol/l	(75.0-250.0)
	8.1 ng/ml	(30.0-100.0)

Valeurs souhaitables : 75-250 nmol/l  
Insuffisance : 25-75 nmol/l  
Carence : < 25 nmol/l  
Possibilité intoxication : > 375 nmol/l





FEDDOAL  
SARA

# BILAN BIOLOGIQUE

Nom / Prénom: .....

Date: 12/12/2022

## Hématologie

- ☒ NFS - Plaquettes
- ☐ Réticulocyte
- ☐ Frottis Sanguin
- ☐ VS
- ☐ CRP

## Glucose

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ GPP
- ☐ HBA<sub>1C</sub>

## Néphrologie

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de Créatinine
- ☐ Acide Urrique

## Ionogramme Sanguin

- ☐ Na<sup>+</sup>
- ☐ K<sup>+</sup>
- ☐ Cl<sup>-</sup>
- ☐ Ca<sup>++</sup>
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg<sup>++</sup>

## Bilan Lipidique

- ☐ Cholestérol Total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

## Bilan Hépatique

- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Transaminases, ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ Triglycérides

## Bilan Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

## Bilan Martial

- ☐ Fer Sérique
- ☐ CTF
- ☒ Ferritine
- ☐ Transferrine

## Bilan Hormonal

- ☒ TSH
- ☐ T4L
- ☐ T3L
- ☐ AC ANTI TPO
- ☐ AC ANTI TG
- ☐ AC ANTI R TSH
- ☐ Cortisolémie de 8h
- ☐ FSH-LH
- ☐ OEStrogènes
- ☐ Testostérone
- ☐ Prolactine

## Bilan Prostatique

- ☐ P.S.A Totale
- ☐ P.S.A Libre

## Bilan Cardiaque

- ☐ CPK (créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine

## Bilan Phosphocalcique

- ☒ Dosage Vitamine D
- ☐ Calcémie
- ☐ Calciurie
- ☐ Phosphorémie

## Groupe Sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

## Bilan Gestationnel

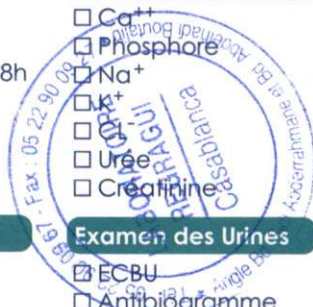
- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Sérologie Toxoplasmose

## Inogramme Urinaire

- ☐ Ca<sup>++</sup>
- ☐ Phosphore
- ☐ Na<sup>+</sup>
- ☐ K<sup>+</sup>
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

## Examen des Urines

- ☒ ECBU
- ☐ Antiblogramme
- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ Microalbuminurie des 24h



**Docteur LAHLOU A. Aziz**  
Médecin Généraliste  
45, Lot. Soufiane Résidence Nour Sidi Maârouf  
20280 CASABLANCA - Tél: 0522 97 59 70

Autres: .....