

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-720248

142672

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12290 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BIRECH Mohammed Yamine
 Date de naissance : 28/09/1983
 Adresse : RES NEXT HOUSE VILLASS
 DAR BOUAZZA - CAPA
 Tél. : 0669 79 75 68 Total des frais engagés : 520,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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

Le : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Professeur Faysal LAZRAK
Chirurgien Pédiatre
Centre Commercial Nadia
Imm. N°4, 1er Etage Apt N°3
Boulevard de l'Indépendance

ACCUEIL
28 DEC 2022
H. HAKAN

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
6/12/22	CS		300,0	

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Laboratoire Dar Bouazza N° 23 Lot 9ahel Dar Bouazza CASABLANCA Tél: 05 22 23 27	09/12/22					2200,0

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



AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 06/12/22

BIRECH Samy

Circulaire

le 13/12/22 à 09H

seront libérés à 09H

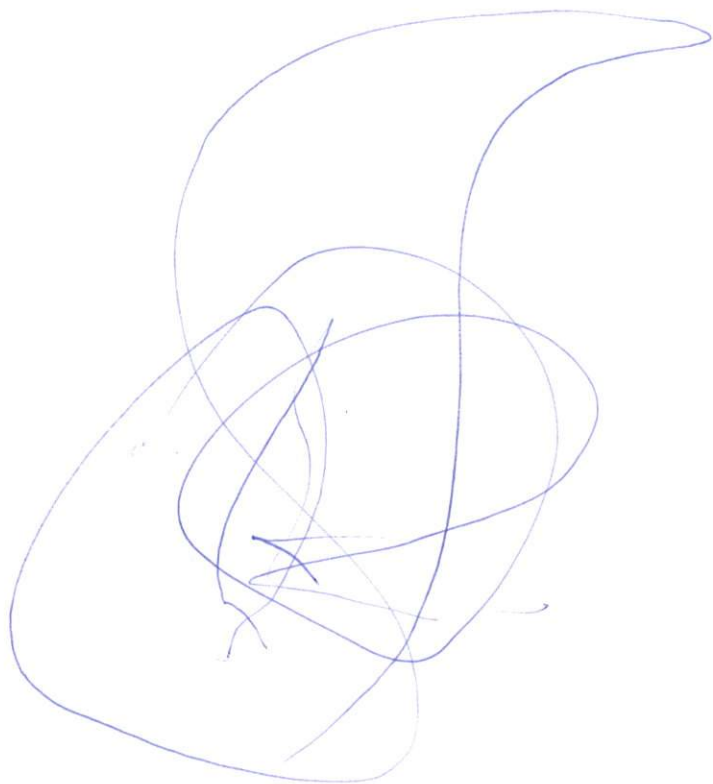
Professeur Faysal LAZRAK
Chirurgien Pédiatre
Centre Commercial Nadia
N°4 - Etage Appl N°3
Casablanca

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma





Facture N° 22920/22

A. Identification
N° Dossier : ATF22L06122342
Nom & Prénom : bebe BIRECH SAMY
C.I.N :
Adresse : CASA

N° Identifiant : 008643/21

C. Débiteur
Organisme : Payant

ICE : Adresse :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 06-12-2022
Date Sortie : 06-12-2022

page 1/1

Médecin traitant : DR . LAZRAK FAYSSAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Facture

N° facture : 2022-5868

Ed : 09/12/2022 15:17:40

Pat : IRECH Samy

Date : 09/12/2022

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	40	53,60
GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS	60	80,40
Total B	180	241,20
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		46,20
Total		220,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent vingt dirhams***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA



Casablanca, le 09/12/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 091222-048 Pvt du: 09/12/2022 15:14

Nom : Enf BIRECH Samy

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

ERYTHROCYTES	:	5,06	M/ μ l	(3,6 - 5)
Hémoglobine	:	12,10	g/dl	(12 - 16)
Hématocrite	:	35,10	%	(36 - 44)
VGM	:	69,40	fL	(70 - 85)
TCMH	:	23,90	pg	(24 - 31)
CCMH	:	34,47	g/dl	(32 - 36)
LEUCOCYTES	:	9 190	/mm ³	(4000 - 10000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE	:			
Polynucléaires Neutrophiles	:	26,10 %	Soit 2399/mm³	(1800 - 8000)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,80 %	Soit 257/mm³	(Inférieur à 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0,40 %	Soit 37/mm³	(Inférieur à 200)
Lymphocytes	:	61,20 %	Soit 5624/mm³	(1500 - 6500)
Monocytes	:	9,50 %	Soit 873/mm³	(40 - 800)
PLAQUETTES	:	225,00	10³/μl	(150 - 400)

Laboratoire Dar Bouazza

Dr. BAHRI Leyla

CASABLANCA

Tel : 05 22 29 27 39

