

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

N° W21-710676

146200

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR
 Date de naissance : 15/04/67
 Adresse : N°19 IM L RESIDENCE NADIA GASHA
 Tél. : 0601265209 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01/11/2022
 Nom et prénom du malade : HOURIA REHIOU Age : 43
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension
 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 : 23/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET

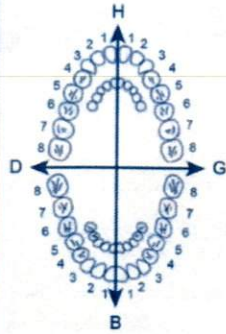
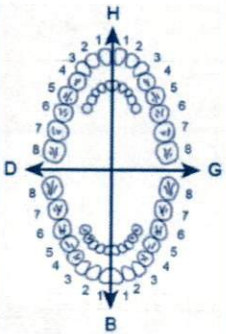
Autorisation CNDP N° : A-215/2019

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
03/11/2024	5		30000	INP : <input type="text"/>

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
	03/11/2024	B2080	1296,000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 01/11/2022

Prélevé le : 01/11/2022 à 08:50

Edité le : 01/11/2022 à 11:09

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22110038K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

FERRITINE SERIQUE : 39 ng/ml 20 - 200
(Chimiluminescence / Architect Abbott)

HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s. : 4.77 µUI/ml 0.40 - 4.40
(Test de 3ème génération / ARCHITECT Ci4100)

TRIODOOTHYRONINE LIBRE (T3 L) : 2.69 pg/ml 1.71 - 3.71
(Dosage CMIA / Architect Ci4100)

THYROXINE LIBRE (T4L) : 0.87 ng/dl 0.70 - 1.48
(Chimiluminescence CMIA / Architect Ci4100)

Tel : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@fcm-hkma

Le 01/11/2022 à 11:09

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. OUSTI Fadwa
Médecin Biologiste



Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 01/11/2022

Prélevé le : 01/11/2022 à 08:50

Edité le : 01/11/2022 à 11:09

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22110038K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique / Mythic)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.68	10 ¹² /l	3.8 - 5.9	4.95 10 ¹² /l (03/09/2022)
Hémoglobine	:	13.7	g/dl	11.5 - 17.5	14.0 g/dl (03/09/2022)
Hématocrite	:	41.2	%	34 - 53	42.6 % (03/09/2022)
VGM	:	88.0	fl	76 - 96	86.1 fl (03/09/2022)
CCMH	:	33.3	g/dl	31 - 36	32.9 g/dl (03/09/2022)
TCMH	:	29.3	pg	24.4 - 34.0	28.3 pg (03/09/2022)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.5	10 ³ /mm ³	3.8 - 11.0	5.06 10 ³ /mm ³ (03/09/2022)
P. Neutrophiles	:	57.8	%	3.18 10 ³ /mm ³ 1.4 - 7.7	53.1 % (03/09/2022)
P. Eosinophiles	:	3.6	%	0.20 10 ³ /mm ³ 0.02 - 0.58	3.6 % (03/09/2022)
P. Basophiles	:	0.2	%	0.01 10 ³ /mm ³ < 0.11	1.0 % (03/09/2022)
Lymphocytes	:	31.3	%	1.72 10 ³ /mm ³ 1.0 - 4.8	32.8 % (03/09/2022)
Monocytes	:	7.1	%	0.39 10 ³ /mm ³ 0.15 - 1.00	9.5 % (03/09/2022)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	221	10 ³ /mm ³	150 - 445	247 10 ³ /mm ³ (03/09/2022)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 01/11/2022 à 11:09

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. F. OUSTI
Médecin Biologiste

Rel : 05 29 05 02 33
Email : labo@hckm.ma

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

04/11/2021

Reboui H. J. J.

NP 419

Femine

TCM (T_{3c} / T_{4c})

Laboratoire de Biologie
Tél : 05 29 05 02 33
E-mail : labo@hck.ma

Dr. EL H. J. J.
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 142996 / 2022 du 01/11/2022

Nom patient	REHIOUI HOURIA	Entrée	01/11/2022
	PAYANTS	Sortie	01/11/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B1080	1 296,00	1 296,00
			Sous-Total	1 296,00
Total Clinique				1 296,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 296,00
MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS		

Laboratoire Hamouda & Associés
 Tel : 05.29.03.53.33
 E-mail : labo@hckm-hckma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 144.406 / 2022 du 03/11/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 03/11/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 03/11/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		
	Total	300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

opital Cheikh Khalifa Ibn Za
 tél.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 N°INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 03 / 11 / 2022

Quittance - Paiement espèces

0705184

IPP :

N° D'admission : 2200577377 Montant : 300 Dh

Patient : REKSOUS HOUSSA

Signature

