

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0006751

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHAMOUR MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse : 146353

Tél. 0661296244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2019

Nom et prénom du malade : EL KHAMOUR MOHAMMED Age: 57

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle

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 : Casablanca Le : 22/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
		1	15.000	

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
103 063 103 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES 7, Av. El Haouz et Rue Rhamna N° 1, Takaddoum - Rabat Tél.: 05 37 85 22 22	05/01/2023	B = 90	100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

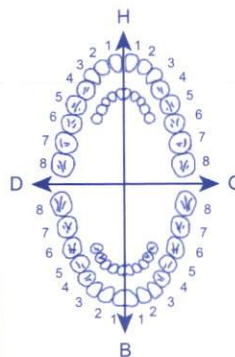
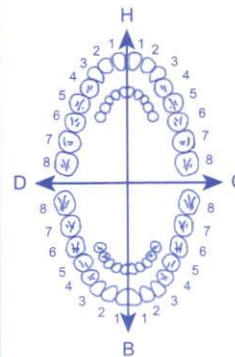
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

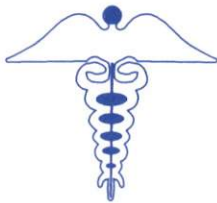
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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																
	(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

Dr. Saïd HAJJI
Médecine Générale

Diplômé de la Faculté
de Médecine de SFAX (Tunisie)
Echographie Générale



الدكتور السعيد حجي
الطب العام

خريج كلية الطب
بصفاءس - تونس
الفحص بالصدى

Rabat , le 27/12/2022

M. El Khatouni A. Hous

NFS complet

LABORATOIRE HAJJI
D'ANALYSES MEDICALES
7, Av. El Haouzel Rue Rhamna
N° 1, Tahadoudin - Rabat
Tél.: 05 37 65 22 22

Dr. SAÏD HAJJI
Médecine Générale
Echographie Générale
Rue Rhamna cité Administrative
Tél.: 05 37 63 97 76
Fax: 05 37 63 97 76



ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE
التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة

Edité à Rabat le : 05/01/2023
Date du prélèvement : 05/01/2023
Heure du prélèvement : 8:38
Prescripteur : Dr HAJJI Said

Mr EL KATMOUR Mohammed
Né(e) le : 25/04/1967
Dossier N° : 050123-004
Code patient : 20-02625



HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Fluorescence en Cytométrie de Flux sur DXH-520)

Hématies	:	4,52	M/mm ³	(4 - 5,7)	4.87 (23/12/22)
Hémoglobine	:	14,55	g/dl	(12,55 - 16,99)	15,11 (23/12/22)
Hématocrite	:	42,30	%	(40 - 50)	45,10 (23/12/22)
VGM	:	93,58	fL	(80 - 95)	92,61 (23/12/22)
TCMH	:	32,19	pg	(27 - 33)	31,03 (23/12/22)
CCMH	:	34,40	g/dl	(30 - 35)	33,50 (23/12/22)
Leucocytes	:	13300	/mm ³	(4000 - 10000)	12800 (23/12/22)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLÉAIRES NEUTROPHILES	52,82 %	Soit	7025/mm ³	(2000 - 7500)	6504,96 (23/12/22)
POLYNUCLÉAIRES EOSINOPHILES	2,44 %	Soit	324/mm ³	(Inférieur à 400)	303,36 (23/12/22)
POLYNUCLÉAIRES BASOPHILES	0,18 %	Soit	23/mm ³	(Inférieur à 150)	40,96 (23/12/22)
LYMPHOCYTES	36,5 %	Soit	4854 /mm ³	(1500 - 4000)	4992,00 (23/12/22)
MONOCYTES	8,06 %	Soit	1071 /mm ³	(40 - 800)	958,72 (23/12/22)
Plaquettes	:	273	Mille/mm ³	(150 - 450)	328 (23/12/22)

Etude du frottis sanguin : Formule leucocytaire contrôlée sur frottis sanguin.

Dr. Ikhlass HAJJI
Pharmacien Biologiste
7, Av. El Haouz et Rue Rhamna
N° 1, Talcaoum - Rabat
Tél : 05 37 65 22 22

Page : 1 / 1

Horaires de travail : Lundi-Vendredi 7h30 - 18h30 / Samedi - Dimanche 8h - 15h **Ouvert 7h** Prélèvement à domicile sur RDV

Avenue El Haouz et rue Rhamna, immeuble N°7 Bur. N°1, Aviation, Souissi - Rabat

☎ 06 63 031 039 ☎ 05 37 65 22 22 ✉ contact@labohajji.com



ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE
التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة

Facture

N° facture 2023-0069

Rabat, le 05/01/2023

Date de prélèvement 05/01/2023

Mr EL KATMOUR Mohammed

Code Acte	Designation Acte	Cotation
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)	80
FROTTIS	Etude du frottis sanguin	10

Total B	90
Total en dirhams	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dirhams***

ICE : 002221659000007 - IF : 33630729

LABORATOIRE HAJJI
D'ANALYSES MEDICALES
7, Av. El Haouz et Rue Rhamna
N° 1, Tzakadour - Rabat
Tél.: 05 37 65 22 22