

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



Déclaration de Maladie

M23- 0014692

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2695 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUARI NADIA
Date de naissance :
Adresse : 159749
Tél. : 0661 265039 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

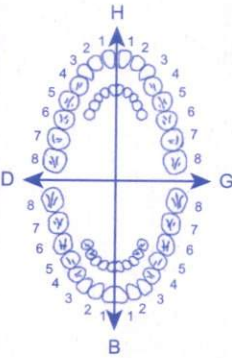
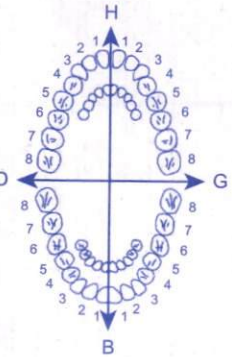
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canaux, 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 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- | | | | |
|-------|--|-------|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiques par la sage femme |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiques par un Orthophoniste |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiques par un aide-orthophoniste |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R - Z | = Electro - Radiologie |
| PC | = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie | E | = Anesthésie |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialités | | |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle. Il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps. | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE. |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2657/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 112176

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **HOVARI NADIA**

Matricule : **2695** Fonction : **EX PNC** Poste :

Adresse : **3 Rue de la Corniche Lot 40000 paraf**

Tél. **0661265039** Signature Adherent : **[Signature]**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DÉCLARATION N° 112176

Matricule N° : **2695**

Nom du patient : **HOVARI NADIA**

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



| 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 |
| 10-06-23 | C3 | | 300,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 |
| LABORATOIRE DU PARC Dr. Khalid BENNANI 11, Rue Lieutenant Berge Casablanca Tél/Fax: 0522 26 67 26 | 02/05/2023 | Analyses | 815,60 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du praticien | Dates des soins | Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| SOINS ET PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|---|--|----------|----------|---|--|----------|----------|---|--|----------|----------|-------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF 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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | D | | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | B | | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire du Parc d'Analyses Médicales & Scientifiques

Khalid Bennani

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy

Biochimie, Immunologie,
Bactériologie, Parasitologie,
Virologie, Hématologie

MADAME HOUARI NADIA EP CHARII

Préscripteur : BENAGUIDA M

Prélèvement à : 10:00:5

Dossier N° : 305021768

du : 02/05/2023

Page : 2

Compte Rendu d'Analyse

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE : 100,0 % (70 à 100)

TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE : 30,0 sec (25 à 35)

BIOCHIMIE (VITROS 350)

GLYCEMIE A JEUN : 1,28 * g/l (0.65 à 1.05)

CRÉATININE : 8,40 mg/l (5 à 9)

CRP (Protéine C Réactive) : 21,30 * mg/l (0 à 6)

HORMONES THYROIDIENNES

TSHus(Thyreostimuline)
(MINI VIDAS) : 3,90 μ UI/ml (0,25 à 5)

305021768

LABORATOIRE DU PARC
Dr. Khalid BENNANI
11, Rue Lieutenant Bergé
Casablanca
Tél/Fax: 0522 26 67 26



Laboatoire du Parc d'Analyses Médicales & Scientifiques

Khalid Bennani

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy

Biochimie, Immunologie,
Bactériologie, Parasitologie,
Virologie, Hématologie

MADAME HOUARI NADIA EP CHARII

Préscripteur : BENAGUIDA M

Prélève à : 10:00:5

Dossier N° : 305021768

du : 02/05/2023

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse

Hémogramme

NUMERATION FORMULE

| | | | | |
|-----------------|---|---------------|----------|----------------|
| GLOBULES ROUGES | : | 4,71 | M/mm3 | (3.5 à 5.5) |
| HÉMOGLOBINE | : | 13,6 | g/100ml | (11.5 à 16.5) |
| HÉMATOCRITE | : | 44,0 | % | (35 à 55) |
| V.G. M | : | 93,4 * | µm3 | (85 à 95) |
| T.C.M.H | : | 29,0 * | pg | (27 à 33) |
| C.C.M.H. | : | 31,0 | % | (32 à 36) |
| GLOBULES BLANCS | : | 6500 | /mm3 | (3500 à 10000) |
| PLAQUETTES | : | 172 | 1000/mm3 | (100 à 400) |

FORMULE LEUCOCYTAIRE:

| | | | | | |
|----------------|------|------------|------|---------------|---|
| P.NEUTROPHILES | : | 53 | % | (50 à 75) | |
| | Soit | 3445 | /mm3 | (2500 à 7125) | 0 |
| P.EOSINOPHILES | : | 1 | % | (1 à 3) | |
| | Soit | 65 | /mm3 | (50 à 285) | 0 |
| P.BASOPHILES | : | 0 | % | (0 à 1) | |
| | Soit | 0 | /mm3 | (0 à 95) | |
| LYMPHOCYTES | : | 40 | % | (20 à 40) | |
| | Soit | 2600 | /mm3 | (1000 à 3800) | |
| MONOCYTES | : | 6 | % | (3 à 7) | |
| | Soit | 390 | /mm3 | (150 à 665) | |
| | | 100 | | | |

305021768

LABORATOIRE DU PARC
Dr. Khalid BENNANI
11, Rue Lieutenant Bergé
Casablanca
Tél/Fax: 0522 26 67 26

Casablanca, le 10/04/2014.

Madame HOUARI Nadia :

- 1/ NFS + CRP
- 2/ TP - TCA
- 3/ glycémie
- 4/ Créat.
- 5/ TSHus

LABORATOIRE DU PARC
Dr. KHEDOUA BENNANI
11, Rue Lieutenant Berge
Casablanca
Tél/Fax 0522 26 67 26

Dr. M. BENAGUIDA
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
CASABLANCA

Docteur Faouzi TAZI

Anesthésiste Réanimateur

Casablanca

الدكتور فوزي تازي

دكتور في الإنعاش والتخدير

الدار البيضاء

Le : 10-04-2023

M^{lle} HOUARI NADIA

consultation Pré-anesthésique

À V 30 300 dhs

#Trois cent dix-huit #

Dr. Faouzi TAZI
Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa

**LABORATOIRE DU PARC D'ANALYSES MEDICALES
ET SCIENTIFIQUES**

Dr KHALID BENNANI
PHARMACIEN BIOLOGISTE

Spécialiste en :

Biochimie - Bactériologie-Virologie -Hématologie
Immunologie-Toxicologie

11 RUE LIEUTENAT BERGE-CASABLANCA
TEL/FAXE : 0522266726

ICE : 001627263000049

N° FACTURE :

Le : 02/05/2023

NOTE D'HONORAIRES

A l'attention de **HOUARI NADIA EP CHARII**

| Prélèvements : | | | |
|---------------------------|-----|----------------------|-----------|
| CRÉATININE | B | 30,00 | |
| NFP | B | 80,00 | |
| GLYCÉMIE À JEUN | B | 30,00 | |
| PROTÉINE C RÉACTIVE | B | 100,00 | |
| THÏREOSTIMULINE (TSH US) | B | 250,00 | |
| TP | B | 50,00 | |
| TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE | B | 50,00 | |
| Total analyses : | | | 700,60 Dh |
| Prélèvements : | | | |
| Sang | | | |
| Total Prélèvements : | | | 25,00 Dh |
| Total <> | 590 | TOTAL DOSSIER | 815,60 Dh |

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

HUIT CENT QUINZE DIRHAMS ET 60 CENTIMES

LABORATOIRE DU PARC
Dr. Khalid BENNANI
11, Rue Lieutenant Bergé
Casablanca
Tél/Fax: 0522 26 67 26