

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

M22- 0011077

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0707** Société : **D.A.M**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **160994**
 Nom & Prénom : **AIT LAHDAIR Mehdi**
 Date de naissance : **01/01/1944**
 Adresse : **36 ABOU ISHAK el OUAJAJ**
APP 6 MAARIF Casablanca
 Tél. : **0663607838** Total des frais engagés : **266,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MASKAQUI Jihane
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : **Ait Laheb Nadia** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : **SEP**
 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 : **14/02/2023**
 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
14/02/2023			CG	Dr. MASKAOU Jihane Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca

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
Dr ZIZI A. 400, Bd Ibrahim Koudani - CASA Tél: 0522 23 35 61	05 MAI 2023	BA80+PL	266,20 M

AUXILIAIRES MEDICAUX

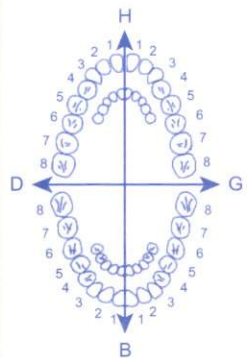
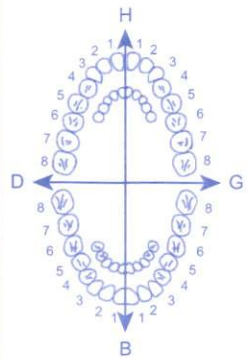
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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>H</td> <td></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>B</td> <td></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 التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 05=05=2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A230500107

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 266.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux cent soixante-six dirhams vingt centimes



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 05-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230500107

Du : 05-05-2023

Prescripteur : Dr MASKAOUI Jihane

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

				13-02-2023
Hématies	4.3	M/mm ³	(4.0-5.3)	4.2
Hémoglobine	13.5	g/dL	(12.5-15.5)	13.4
Hématocrite	40	%	(37-46)	39
VGM	93	μ ³	(80-95)	93
TCMH	31	pg	(28-32)	32
CCMH	34	g/100mL	(30-35)	34

Formule leucocytaire

Leucocytes			3 650 /mm ³	(4 000-10 000)	3 370
Neutrophiles	57 %	soit	2 081 /mm ³	(1 500-7 500)	1955
Eosinophiles	2 %	soit	73 /mm ³	(<400)	67
Basophiles	0 %	soit	0 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	31 %	soit	1132 /mm ³	(1 500-4 000)	1011
Monocytes	10 %	soit	365 /mm ³	(200-1 000)	337

Numération plaquettaire

Plaquettes			236 000 /mm ³	(150 000-400 000)	247 000
Volume Plaquettaire Moyen			9.4 fl	(6.0-11.0)	9.6



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 05-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230500107

Normes

Antécédents

BIOCHIMIE SANGUINE

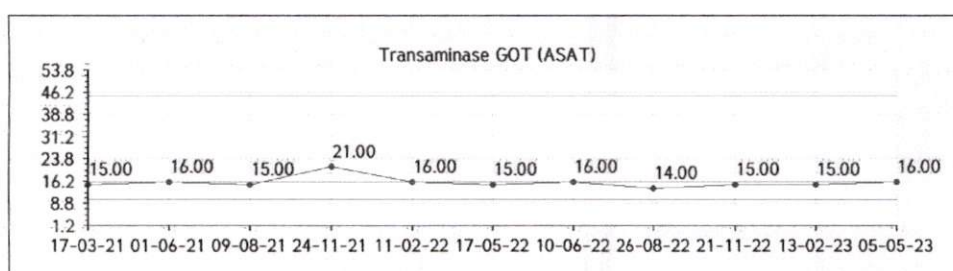
Transaminase GOT (ASAT)

16 UI/L

(10-45)

13-02-2023

15



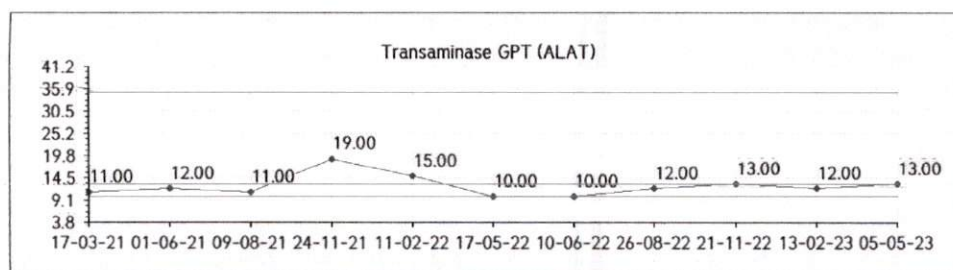
Transaminase GPT (ALAT)

13 UI/L

(10-35)

13-02-2023

12





BILLET D'EXAMEN

Date : 14/02/2023

Prénoms - Nom du malade : Ait Khelou Nadi

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Dr. MASKAOUI Jihane Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca</p>	<p>NFS, PP ASAT, ALAT</p> <p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr ZIZI A. 400, Bd Brahim Roudani - CASA Tél: 0522 23 35 61 MAARIF</p>

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83