

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

- 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° P19-0026101

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00792 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AG3429

Nom & Prénom : Haïta Mohammed

Date de naissance :

Adresse : Rue 30 N°24 HAY ADIL Casablanca

Tél. : 06 67 04 8050 Total des frais engagés : 212,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2023

Nom et prénom du malade : Haïta Med Age :

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

Nature de la maladie : Polio

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) : ACCUEIL

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
13/05/2023			CG	Dr BENZIT Mounir Médecin Généraliste C/S DMC

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 "EMILE ZOLA" Dr. Rizlane BERRADA 195, Bd Emile Zola - Casablanca Tel & Fax : 05 22 24 20 03 - Gsm : 06 67 79 24 60	09/05/23	140R + PC 134	2.12.60 DH

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 :

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 <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



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE - SPERMIOLOGIE - TOXICOLOGIE

مختبر التحليلات الطبية "إميل زولا"

Dossier N° 2305090005

Mr MOHAMMED HAÏTA

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Numération Formule Sanguine)

SYSMEX® KX21 " Valeurs de référence en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique et d'une grossesse "

28-11-2022

Hématies (Globules rouges):

	5.59	M/mm3	(4.00-5.65)	5.84
Hémoglobine :	15.3	g/dL	(13.0-18.0)	16.6
Hématocrite :	48.2	%	(37.0-49.0)	50.1
VGM :	86.2	fL	(80.0-101.0)	85.8
TCMH :	27.4	pg	(27.0-32.0)	28.4
CCMH :	31.7	g/dL	(32.0-36.0)	33.1
RDW :	15.0	%	(11.5-14.0)	14.0

Leucocytes (Globules blancs):

	5 100	/mm3	(4 000-10 000)	5 100
Polynucléaires Neutrophiles :	63	%		66
Soit:	3 213	/mm3	(1 500-7 500)	3 366
Lymphocytes :	26	%		29
Soit:	1 326	/mm3	(1 000-4 000)	1 479
Monocytes :	10	%		5
Soit:	510	/mm3	(<1 100)	255
Polynucléaires Eosinophiles :	1	%		0
Soit:	51	/mm3	(0-600)	0
Polynucléaires Basophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0-150)	0

Plaquettes :

	171	x1000/mm3	(150-400)	157
VMP :	11.5	µm3	(6.0-11.0)	11.5

Commentaire :

Hémogramme normal contrôlé sur Frottis Sanguin.

Validé biologiquement par : Dr. BERRADA Rizlane

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. BERRADA
195, Bd Emile Zola - Casablanca
Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE - SPERMIOLOGIE - TOXICOLOGIE

مختبر التحليلات الطبية "إميل زولا"

Date de la demande : 09-05-2023

Code patient : 1708080018

Né(e) le : 01-01-1948 (75 ans)



Mr HAITA MOHAMMED

Dossier N° : 2305090005

Prescripteur : Dr MERIEM BENZIT

Tel : 06.67.04.80.50

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas)

1.42 g/L

(0.70-1.10)

10-03-2023

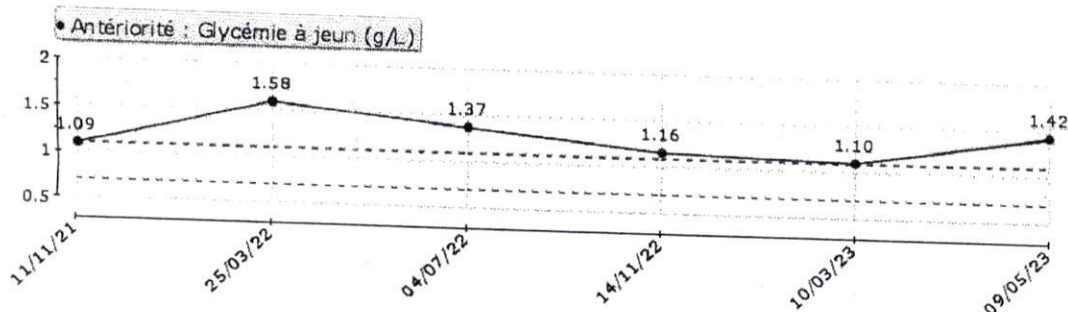
7.88 mmol/L

(3.89-6.11)

1.10

Interprétation:

- 0,70 à 1,10 g/L : Taux normal
 - entre 1,10 et 1,26 g/L : Diminution de la tolérance au glucose
 - > 1,26 g/L : Sujet diabétique
- (sur deux prélèvements distincts)



Créatinine

(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas)

18.1 mg/L

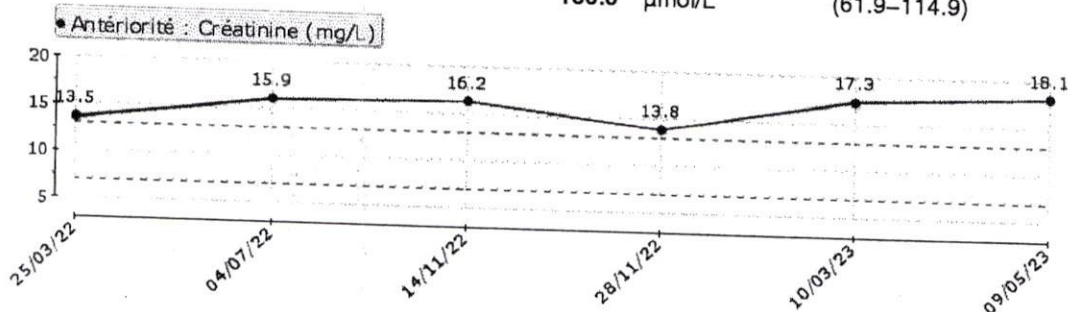
(7.0-13.0)

10-03-2023

160.0 µmol/L

(61.9-114.9)

17.3





LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

LABORATOIRE EMILE ZOLA - GÉNÉRALISTE - Hématologie - Chimie - Microbiologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Biochimie - Toxicologie
Dr Rizlane BERRADA
195, Bd Emile Zola - Belvédère - CASABLANCA
Tel/Fax : 05.22.24.20.03 - GSM : 06.67.79.24.60
Email : laboemilezola@gmail.com

FACTURE N° : 230500205

NOM PATIENT	Mr HAITA MOHAMMED
PRESCRIPTEUR	Dr BENZIT MERIEM

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait prélèvement	E25	E	25.00 MAD
0111	Créatinine	B30	B	40.20 MAD
0118	Glycémie	B30	B	40.20 MAD
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
Total				212.60 MAD

TOTAL COTATION B

140

TOTAL DE LA FACTURE

212.60 DHS

Arrêtée la présente Facture à la somme de : **deux cent douze dirhams soixante centimes.**

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. Rizlane BERRADA
195, Bd Emile Zola - Casablanca
Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60



Billet d'examen biologique et radiologique

Nom et Prénom : med Haba

N° CINE : B.28946

13/05/23

- Glycémie à jeun
- Créatinine sanguine
- Hémogramme complet

➤ 1000 FILM

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. Riad BERRADA
195, Bd Emile Zola - Casablanca
Tel & Fax: 05 22 42 03 - Gsm: 06 67 79 24 60

Mr HAITA MOHAMMED
01-01-1948



2305090005

A coller sur l'ordonnance



Dr. BENZEL Meriem
Médecin Généraliste
CIS DMC
1154801