

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-806511



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
933041

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL HADY MERIEN N°4 DENTALI ATTACHEUR

Date de naissance :

01/01/1941

Adresse :

N°12

Télé. :

06 93 89 51 31 Total des frais engagés : 1829,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kadour MARFOO
Neurochirurgien
129, Av. Abi Chouaib Doukkali - El Jadida
Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18

Date de consultation :

01 HADY Nérien

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 15/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
15.06.23	C		300,000	 Kadour Makkah Neurochirurgien Dr Chouib Doukaoui 03.06.2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VILLE D'OURY Dir. : Nassim A. MOUSSY 1 Lot. La Victoire - E. Moussa Tél: 05 23 39 01 90 NIP: 1203765	16.06.23	568,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue		Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Centre International Spécialisé d'Analyses Médicales et Biologiques de Dakar 80, Avenue Attalib (près de lycée Kadi Ayad) El Jadida //Fax: 0023 80 15 51 / Urgences: 0622 39 39 39 INPE: 113064579		17/06/2008	B: 705	100000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	<hr/>															
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

Cabinet Medico Neuro-chirurgical

Dr MARFOQ Kaddour

Neurochirurgien

Spécialiste des Maladies du
Système Nerveux et de la colonne vertébrale

Sur Rendez-vous

El Jadida, le : 16 JUIN 2023

عيادة طبية

بدور

رأس

نقفي

68,90



الخطيط الكهربائي للدماغ

بالموعد



El Jadida

الجديدة في :

Dr ELHADY MELIEN

1 - fm dex 18 68,90 S. V.

2 - 80x24 CP 28,80 S. V.

3 - N.1. de Dexamfetam. fort 21,90 S. V.

4 - 54,60 x 3 MP 163,80 S. V.

5 - Dexamfetam. 75 109,40 S. V.

6 - 75 mg 13,40 S. V.

7 - gapek 20 56,36 S. V.

8 - Colchicina 11,40 S. V.

9 - MP 20 mg S. V.

10 - Francipex 13,40 S. V.

Dr. Kaddour M.
Neurochirurgien
128, Av. Abou Chouaib Doukkali (Plateau) - El Jadida - Tel : 05 23 39 19 40 - GSM : 06 46 11 41 09
I.C.E.N° : 001822929000075 - Email : yazidkad@hotmail.com
Tél : 05 23 39 19 40 - GSM : 06 46 11 41 09
S.V.P Ramenez votre ordonnance la prochaine consultation

LOT:230177
EXP:01/26
PPV:109DH20

20 mg
ogie
à l'intérieur.
as enfants
dépassant pas

PPV: 113 DH 70

الموعد
Rendez-vous

التاریخ: ٢٣ آذیٰ

الوقت: ١٨:٣٠

PPV
LOT
PER

28,80

X 3 Ged

13,40

X 3 Ged

Dr A. AMRI AMINE
Gynécologue
Accoucheur

Dr A. BAZIR
Chirurgien

Dr A. GUESMI
Gynécologue
Accoucheur

Dr A. NABIH
Traumatologue
Orthopédiste

Mr. El HASSI M'hamed El Jadida, le 11.06.13

- XFS VS. IR &.
- Me + Creat.
- ~~too so~~ much.
- CT. LDL HDL Trig.
- Hyper = HDL ~~hyper~~ or
acid urine.

~~CLINIQUE
26 AVAI
Houkavana
Tél. 05 23 35 35
Jalde~~

CLINIQUE OUM ERRABIA

28, AV. AL MOUKAWAMA]
Tél. 21-96/ 21-94/ 35-35
FAX : 35-17-01
IF : 42106238 EL JADIDA LE 15/06/23
ICE : 001603160000057
PATENTE : 42106238
C.N.S.S.
NOM ET PRENOM: EL HADY MERIEM

HOSPITALISATION				MONTANT
CONSULTATION				300,00
FRAIS PHARMACEUTIQUES				
TOTAL :				
TOTAL GENERAL				300,00
TROIS CENT DIRHAMS				

CENTRE INTERNATIONAL SPECIALISE D'ANALYSES MÉDICALES ET BIOLOGIE DE REPRODUCTION

AV ATTAHIR ROUTE SIDI BOUZID
N°80 ELJADIDA

TEL: 0523 80 15 51 / 0666 73 77 33
MAIL: laboratoireinternational21@gmail.com

El Jadida vendredi 16 juin 2023 Madame EL HADY MERYEM

FACTURE N° 3293

Analyses :

Numération formule plaquettes -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Glycémie (à jeûn) -----	B	25	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	50	
Transaminases -----	B	100	
Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 705

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER 959,70 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Cinquante Neuf Dirhams et Soixante Dix Centimes



Prélèvement Effectué le : 16/06/23
à 10:30

Mme EL HADY MERMOZ
NIR : 1941

Édition du : 16/06/23

Prescripteur: Docteur Kadour MARFOQ
Réf : 23F355

Page : 1/3

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

LEUCERATION FORMULE SANGUINE

					Normales
					(Femme Adulte)
GLLOBULES ROUGES	:	3,81	10./mm ³		4 - 5,1
HEMOGLOBINE	:	11,60	g/100 ml		11,5 - 16
HEMATOCRITE	:	34	%		35 - 47
VGM	:	89	%		80 - 95
PLT	:	22	10 ⁹ /mm ³		22 - 33
CR. BIL	:	34,4	%		32 - 36
LEUCOCYTES	:	8 900	/mm ³		1000 - 10000
FORMULE LEUCOCYTAIRE					
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	:	27	%	2 483	/mm ³ 2000 - 7500 /mm ³
LYMPHOCYTES	:	42	%	2 738	/mm ³ 1500 - 15000 /mm ³
MONOCYTES	:	8	%	712	/mm ³ < 1000 /mm ³
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	:	2	%	178	/mm ³ < 580 /mm ³
POLYNUCLEAIRES BANOPHILES	:	1	%	89	/mm ³ < 200 /mm ³
PLAQUETTES		233 270	/mm ³		150000 - 150000

1/3 - Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe et de l'état physiologique du patient (n)

ANALYSE DE CRONOGRAMME

Première heure : 58 - 4 (≤15)

Validé par: Dr HATIMI.



Prélèvement Effectué le : 16/06/23
à 10:17

édition du : 16/06/23

Madame EL HADY MERYEM
DDN : 1941

Prescripteur: Docteur Kadour MAKFOU
Réf. : 23F355

Page 1/3

Compte Rendu d'Analyses

URGENCE PLATEAU CONCENTRATION mg/dl

CHART DE LA CLAIRENCE DE LA CREATININE SELON COKROEF ET GRAULT ET MDRD.

DFG normal ou augmenté	> 90	ml/min/1.73m ²
DFG légèrement diminué	60-39	ml/min/1.73m ²
Insuffisance rénale modérée	30-59	ml/min/1.73m ²
Insuffisance rénale sévère	15-29	ml/min/1.73m ²
Insuffisance rénale terminale	<15	ml/min/1.73m ²

CREATININE, UREA : 0,41 g/l < 0,4

URÉA, UREA : 1,41 g/l

Normal : <1,50
Suspect : 1,50-1,9
Élevé : >1,90

URÉA, UREA : 1,23 mmol/l < 1,5
SO₄ : 3,62 mg/dl < 1,7

TRANSAMINASES

ASAT (GOT) : 30 UI/l < 35

ALAT (GPT) : 31 UI/l < 34

PROTEINE C REACTIVE (CRP) : 3,6 mg/l < 10

Validé par: Dr HATIMI.



- Hématologie - Biochimie - Toxicologie - Immunologie - Parasitologie - Bactériologie
- Virologie - Mycologie - Spermologie - Biologie de la reproduction



Prélèvement Effectué le : 16/06/23
à 10:31

Validation du : 16/06/23

Madame EL HADY MERYEM
DDN : 1941

Prescripteur: Docteur Kadour MARFOQ
Ref. : 23F355

Page 1/3

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

Normales

GLUCÉMIE A JEUN	:	1,01	g/l	0,5 - 1,1
	Soit :	5,61	mmol/l	3,89 - 6,11

ALBUMIN GLYCOSYLYSE (HbA1c) : 5,50 %

Profil du patient	IBA1c cible	Normales	
Sujet non diabétique	4,0 - 6,0		
Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux	Inf à 6,5		
Patients avec insuffisance rénale chronique	Inf à 7,5		
Patients avec antécédents cardio-vasculaires	Inf à 8,0		
Diabète de type 1	Inf à 7,0		
Femme diabétique enceinte ou envisageant de l'être	Inf à 6,5		
URIC	0,24	g/l	0,13 - 0,13
	Soit :	mmol/l	2,17 - 7,17
CREATININE	2,80	mg/l	5,1 - 11
	Soit :	μmol/l	45,034 - 97,21
ACIDE URIQUE	75,42	mg/l	26 - 60
	Soit :	μmol/l	153,4 - 354
CHOLESTEROL TOTAL	2,06	g/l	<2
	Soit :	mmol/l	<5,15

Validé par: Dr HATIMI.

Tel/Fax: 05 23 80 15 51 - 06 70 14 26 49 / 06 22 38 38 39 - laboratoireinternational21@gmail.com

شارع التحرير، طريق سidi بوزيد، الرقم 80، قرب ثانوية القاضي عياض - الجديدة

Av Attahrir, Route Sidi Bouzid, N°80 (Prés du lycée Kadi Ayad) - El jadida

IF: 50546425 - RC: 18609 - CNSS: 2781889 - TP:42201335 - ICE:002904804000030