

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

N° W21-788664

171553

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03083 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Boukili ABDALLAH
 Date de naissance : 24.05.56
 Adresse : 16, Rue EDDAR EL KABIR ANFA CASABLANCA
 Tél. : 0619600003 Total des frais engagés : 1199,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : X
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Boukili BOUKILI
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : x eplu
 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.
 Le : 19.10.2023

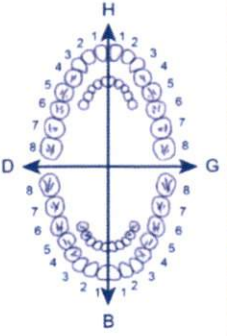
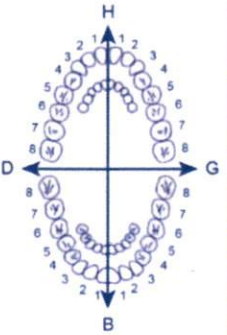
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/08/2023	prothèse			INF: COMMISSARIAT

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 ALMA AL MASSIRA AL MASSIRA 28, Bd Al Massira AL MASSIRA Casablanca Tél: 0522 950 950	21/06/2023	B 880	1199,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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																	
	<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"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.
Chirurgie des Cancers cutanés
Comblement des rides - Botox
Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسيل للطب
مقيمة سابقة بمستشفيات باريس و ليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
و الحساسية و الأمراض المتنتقة عبر الجنس
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الازير و زرع الشعر
تحاليل حساسية الجلد

Casablanca, le

19/6/2013

Dr R. Boulker
femelle
libre
NFS R. Boulker
le physicien

Dr Selma ZAID
Dermatologue - Vénérologue
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris
Rue Oumaima Sayah - Q. Racine - Casablanca
Tél: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41
E-mail: dr.selmazaid@gmail.com

LABORATOIRE MASSIRA
28, Bd Al Massira Al Khadra
Casablanca
Tél: 0522 950 950

LABORATOIRE MASSIRA
28 Bd ALMASSIRA AL KHADRA CASABLANCA
Tél : 05.22.95.09.50 – Fax : – Mail : contact@laboratoire-massira.ma
ICE : 002994215000069 Patente : 35704109 IF : 51665350 INPE : 063065122

FACTURE N° : 230001363

INPE : 063065122



CASABLANCA le 21-06-2023

Mme BOUKILI RIM

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0439	Vitamine D	B450
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E20
0216	Numération formule	B80
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0154	Ferritine	B250

Total des B : 880

TOTAL DOSSIER : 1199 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams .

LABORATOIRE MASSIRA
28, Bd Al Massira Al Khadra
Casablanca
Tél: 0522 950 950



Date du prélèvement : 21-06-2023 à 08:50

Code patient : 20230621003

Né(e) le : 15-01-1997 (26 ans)

Mme BOUKILI RIM

Dossier N° : 20230621003

Prescripteur : Dr ZAID SELMA



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (sur prélèvement sanguin veineux)

Hématies :

(Yumizen H500 HORIBA Medical)

4.590 T/l (4.100-5.200)
4 590 000 /mm³ (4 100 000-5 200 000)

Hémoglobine :

12.2 g/dL (11.9-15.6)

Hématocrite :

35.8 % (35.0-47.0)

VGM :

77.9 µ3 (80.0-97.0)

TCMH :

26.6 pg (>27.0)

CCMH :

34.2 g/dL (31.0-36.5)

RDW :

14.0 % (0.0-18.5)

Leucocytes :

5 660 /mm³ (4 000-10 500)

Poly. Neutrophiles :

53.9 %

Soit:

3 051 /mm³ (1 800-7 300)

Poly. Eosinophiles :

1.8 %

Soit:

102 /mm³ (30-580)

Poly. Basophiles :

1.4 %

Soit:

79 /mm³ (0-230)

Lymphocytes :

33.8 %

Soit:

1 913 /mm³ (1 100-3 340)

Monocytes :

9.1 %

Soit:

515 /mm³ (300-1 010)

Plaquettes:

185 000 /mm³ (150 000-500 000)

20230621003 – Mme RIM BOUKILI

BIOCHIMIE SANGUINE

HbA1c : 5.0 % (4.0–6.0)
(Méthode H.P.L.C, Biorad D10)

Intervalles de références selon l'ANAES :

4.0 – 6.0 % : état non diabétique ou diabète très bien équilibré.

6.1 – 6.5 % : diabète bien équilibré.

6.6 – 8.0 % : diabète à surveiller. Modification du traitement à envisager en fonction de l'état clinique et du résultat du prochain contrôle d'HbA1c.

Sup. à 8 % : diabète non équilibré. Modification du traitement recommandé si un résultat équivalent est retrouvé lors du prochain dosage.

Ferritine 2.91 ng/ml (10.00–160.00)
(ELFA, Vidas BioMérieux)

MARQUEURS – VITAMINES

25–OH–Vitamine D (D2+D3) 39.2 ng/ml (30.0–100.0)
(ELFA, Vidas)
Carence : <20 ng/ml
Insuffisance : 20 à 29 ng/ml
Taux recommandé : 30 à 100 ng/ml
Surdosage : > 100 ng/ml

Valide par : **ZIZI Mohamed**





Rapport de patient

Bio-Rad DATE : 21/06/2023
D-10 HEURE : 14:38
N° Série: #DA6B014903 Version Logiciel : 4.20-2
Id. de l'échantillon : 11230621003
Date d'injection 21/06/2023 14:38
N° d'injection : 3 Méthode : HbA1c
N° de portoir : --- Position du portoir : 3

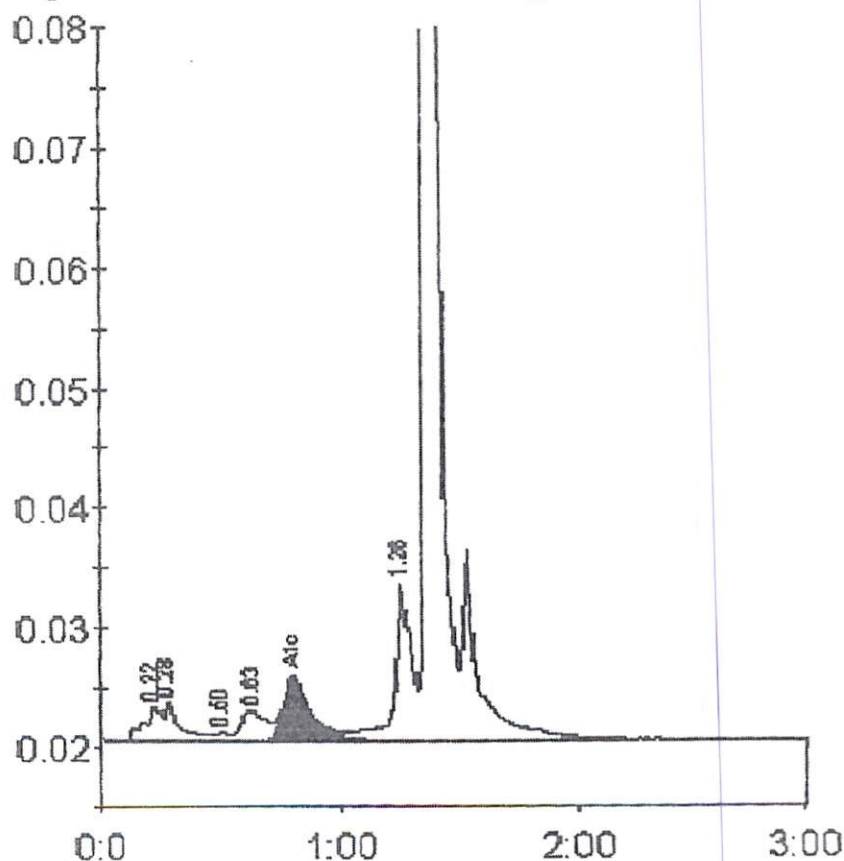


Table des pics - ID : 11230621003

Pic	Tps.Ret	Hauteur	Aire	% Aire
-----	---------	---------	------	--------

A1a	0:22	3007	15112	1.3
-----	------	------	-------	-----

A1b	0:28	3390	13452	1.1
-----	------	------	-------	-----