

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° W21-627106

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8969

Société : R AM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FATHI LAALAOVI MY AHMED

Date de naissance : 26.09.12

Adresse : Les Médinas, D. N. 14, Bd. Maâm

CAR

Tél. : 0661667829

Total des frais engagés : 1150

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/08/23

Nom et prénom du malade : Anouar

Age : 12

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Malformed

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 : CAR

Le : 15/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/08/23	C	1	1300,00	INP : <input type="text"/>
15/08/23	Controle		①	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/23	75 720,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/08/23	B550	300,00

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 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																	
	<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>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	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



Dr Zeineb Laalej
Médecin Biologiste

23080534 - Mr EL FATHI LALAOUI Mohamed Jad

BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine
(ELFA AIA-360)

10.05 ng/ml

(30.00-375.00)

Validé par : **Dr LAALEJ Zeineb**

Laboratoire Bouskoura
d'Analyses Médicales
Immy Safri Maher, App N° 3 Bouskoura
Tél: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87
ICE: 002199313000022



مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

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

Dr Zeineb Laalej
Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 14-08-2023 à 11:21
Code patient : 23080534
Né(e) le : 23-03-2006 (17 ans)



Mr EL FATHI LALAOUI Mohamed Jad
Dossier N° : 23080534
Prescripteur :

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (BC-5380 MINDRAY)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

NUMERATION GLOBULAIRE

GLOBULES ROUGES :	5.40	M/mm ³	(4.20-5.60)
HEMOGLOBINE :	15.4	g/dL	(13.0-16.6)
HEMATOCRITE :	45.5	%	(38.0-49.0)
VGM :	84.3	fL	(77.0-96.0)
TCMH :	28.5	pg	(26.5-33.0)
CCMH :	33.8	g/dL	(31.0-36.0)
LEUCOCYTES :	5 750	/mm ³	(4 500-13 500)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES :	36.8	%	
Soit:	2 116	/mm ³	(1 500-7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES:	5.4	%	
Soit:	311	/mm ³	(0-600)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :	0.6	%	
Soit:	34.5	/mm ³	(0.0-200.0)
LYMPHOCYTES :	48.2	%	
Soit:	2 772	/mm ³	(1 100-4 500)
MONOCYTES :	9.0	%	
Soit:	518	/mm ³	(<1 100)
PLAQUETTES :	243 000	/mm ³	(150 000-450 000)
VMP	9	µm ³	(6-11)



LABORATOIRE BOUSKOURA D'ANALYSES MEDICALES

FACTURE N° : 230800556

BOUSKOURA le 14-08-2023

Mr EL FATHI LALAOUI Mohamed Jad

INPE :



093062826

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Prélèvement	E25
0154	Ferritine	B250
0216	Numération formule	B80

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 300.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cents dirhams s.

Laboratoire Bouskoura
d'Analyses Médicales
Imm Satri Maher, App N° 3 Bouskoura
Tel: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87
ICE: 002133713000022

Dr. WAHID Souhail
Médecine Générale
Médecine D'Urgence
Médecine de travail

الدكتور وحيه سميل
الطب العام
طب المستعجلات
طب الشغل



Echographie - ECG

HTA

Diabète

Suivi de grossesse

Centrifugeuse d'aptitude
 conduite

60,00 x 120ed

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

داء السكري - ضغط الدم

تتبع النساء الحوامل

شواهد رخصة السياقة

15 AOUT 2023



Ouled JAD EL FATHI CHAOU

60x12

(S.V)

Ferp lex

1 mg x

2/5

avant
02/11/23



T = 720,00

Pharmacie ANNE VICTORIA
 Dr. Yasmine BELKHETTA
 Lot ANNA SR, Bloc N° 337 - Casablanca
 Tél.: 05.26.10.10.40

فيكتوريا، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، أولاد صالح بوسكورة
 Victoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura
 الهاتف : 06 02 57 26 62 : المستعجلات | Tél. : 05 22 01 22 80 : الهااتف

Dr. WAHID Souhail
Médecine Générale
Médecine D'Urgence
Médecine de travail



الدكتور وحيده سميل
الطب العام
طب المستعجلات
طب الشغل

Echographie - ECG
HTA
Diabète
Suivi de grossesse
Certificats d'aptitude
pour Conduite

الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
داء السكري - ضغط الدم
تتبع النساء الحوامل
شواهد رخصة السياقة

14/08/23

Refused JAD ZALAOUI EL FATHI

Laboratoire Bouskoura
d'Analyses Médicales
Imm Sairi Maher. App N° 3 Bouskoura
Tel: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87
ICE: 002133313000022

NFS, Ferritinémie

الدكتور وحيده سميل
الطب العام
طب المستعجلات
Tel: 0522 01 22 01 - IMP: 0522 01 22 80

فيكتوريا، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، أولاد صالح بوسكورة
Vectoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura
Urgences : 06 02 57 26 62 | المستعجلات : Tél. : 05 22 01 22 80 : الهاتف