

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

197267

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034011

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3150

Société : RETRAITEE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. CHEDDAD ABDELMAJID

Date de naissance :

Adresse : 43 Rue ABOU EL ABRAS EL AZFI
MARJIF KASA

Tél. 0522251289

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : CHEDDAD Abdelmajid

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-12-	244,00
	23	

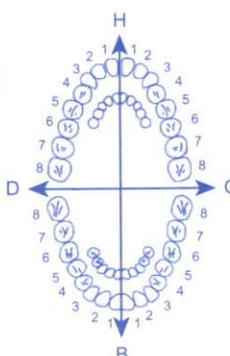
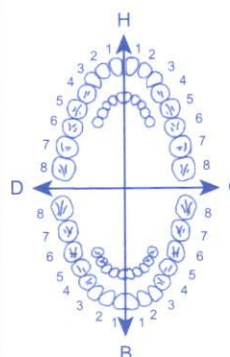
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient					
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>				
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>				
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>				
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	25533412	21433552						
	00000000	00000000						
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	00000000	00000000						
	35533411	11433553						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Casablanca, le 12/12/2023

Cheddad Abdelmjid

244,00

Fermed 100 ng

Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml
6 118001 360031
P.P.V: 244,00DH

1 iij / sucre

Ts 244,00

Centre des Maladies du Rein
et de Dialyse AL AMINE
Dr. MEKOUAR Sofia
Néphrologue
INPE 051179929

PHARMACIE LA BRISSE
38, Rue Abou el Kacem el Arif, Maarif ext. Casablanca
Tél: 05 22 39 94 64 - 05 22 39 94 06
@paralabrisse@gmail.com
ICE: 001688164000012 - INPE: 092037134



مختبر التحليلات الطبية البيضاء أنفا
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANFA

Docteur Salwa LAHLOU KASSI
Médecin biologiste

د. سلوى لحلو قصي
طبيبة إحيائية

FACTURE N° : 231100087

ICE : 002131930000018 / INPE : 093062602 / IF : 26096619

CASABLANCA le 28-11-2023

Mr CHEDAD Abdmajid

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E12	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams .

LABO. CASA ANFA
Dr. LAHLOU KASSI
141 bis, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Hassan - Casablanca
Tél: 0522 95 13 30 Fax: 05 22 95 13 30



مختبر التحليلات الطبية البيضاء أنفا

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANFA

Docteur Salwa LAHLOU KASSI
Médecin biologiste

د. سلوى لحلو قصي
طبيبة إحيائية

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : MEKOUAR Sofia

Centre des Maladies du Rein et de Dialyse AL AMINE – 203, Bd.
Ibnou Sina, Quartier Al Hana, Hay Hassani – Casablanca
Tel : 05.22.39.94.64 Fax : 05.22.39.94.06

Casablanca
Edité le : 28-11-2023

Mr CHEDAD Abdmajid

CENTRE DE DIALYSE AL AMINE

Date de naissance :

Réf : 2311280007

01-01-1949



28/11/1949
Code Patient : 2311280007

Examen du : 28-11-2023

Heure Plvt : 13:56

Page : 1 / 1

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME:(Sysmex XN-350)

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

Hématies :

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

2.89 Millions/mm³ (4.00-5.65)

7.2 g/dL (12.5-16.7)

24.6 % (37.0-49.0)

85 μ³ (83-97)

25 pg (28-34)

29.3 g/dL (32.3-36.1)

Leucocytes :

2 030 /mm³ (3 800-10 000)

Polynucléaires neutrophiles :

Soit:

57.2 %

1 161 /mm³ (1 600-5 900)

Polynucléaires éosinophiles :

Soit:

4.9 %

99 /mm³ (30-500)

Polynucléaires basophiles :

Soit:

0.5 %

10 /mm³ (0-90)

Lymphocytes :

Soit:

33.5 %

680 /mm³ (1 070-4 010)

Monocytes :

Soit:

3.9 %

79 /mm³ (230-710)

Plaquettes :

178 10³/mm³ (140-385)

Commentaire :

- Anémie hypochrome à 7.2 g/dl d'hémoglobine;

- Leucopénie à 2030 éléments/mm³;

A confronter aux données cliniques et thérapeutiques.

Validé par :Dr. LAHLOU KASSI Salwa

مركز أمراض الكلى
وتصفية الدم
الأمين



CENTRE DES MALADIES
DU REIN ET DE DIALYSE
AL AMINE

Ordonnance

Casablanca, le 28/04/2023

N° CHEDAD Abdelmajid

NAS + plp

LABORATOIRE CASA ANFA
Dr. LAHLOU KASSI Salwa
141 Bis Bd Sidi Abderrahmane
Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 95 13 30 Fax: 05 22 94 64 59

N° 203, Bd Ibnou Sina, Quartier Al Hana, Hay Hassani, Casablanca
Tél.: 05 22 39 94 64 - Tél / Fax : 05 22 39 94 06

E-mail : cmrd.alamine@gmail.com