

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 - Tel : 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° W21-793669

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11928 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Serachi Mustafa

Date de naissance : 29/01/77

Adresse : 29 Rue 15 Box 12 Maadi Casablanca

Tél : 01203499993 Total des frais engagés : 1805 EGT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/12/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 : 25/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

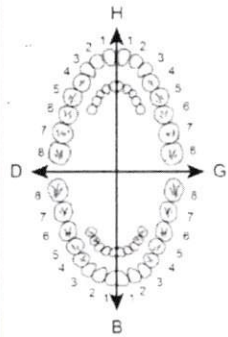
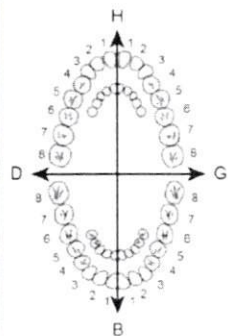


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27-9/2023			241200	 د/ياسر عزت استشاري الروماتيزم والمفاصل

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
معمل فونتان - المعنى 204-936-624	24/10/2023		1305 exp

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RÉLEVÉ 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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

مستشفى النيل بدراوي



مستشفيات كليوباترا



OPN230136795

كنزة وشعار العربي وشعار

تاريخ الدخول 25/10/2023 11:42:32

U2399180017

اسم

الرقم

الوقت

25/10/23

التاريخ

تاريخ الميلاد

R/ Diagnosis: SLE

n/ Solupred 1-1

n/ plavix 1-1

n/ osto care 1-1

علاج = شغل



يحيى

ملحوظة

■ الاستشارة خلال اسبوعين من تاريخ الكشف بالعيادات الخارجية مع ضرورة احضار اخر رويته
■ الاجازات المرضية يجب ان تعتمد بختم العيادة
■ خدمة الزيارات المنزلية على مدار الاسبوع



مستشفى النيل بدراوي



مستشفيات كليوباترا



OPN230118670

كنزہ وشعار العربي وشعار

الوقت

20/9/23

التاريخ

20/9/2023 11:54:18 تاريخ الدخول

اسم

U2399180017

تاريخ الميلاد

الرقم

R/

- CBC, ESR

- CRP, AST, ALT

- Creatinine

- Urine analysis

بنت



ملحوظة

■ الاستشارة خلال اسبوعين من تاريخ الكشف بالعيادات الخارجية مع ضرورة احضار اخر روشنة
■ خدمة الزيارات المنزلية علي مدار الاسبوع

GET IT ON Google Play Available on the App Store f o CleopatraHospitalsGroup

19668





Invoice

All Amounts are in Egyptian Pound currency

ACC No. 27231024996

Payer 500128- قائمة 2023

Contract قائمة 2023

Received From كنزه وشعار العربي

Reg. Date: 19/10/2023 09:14 AM

Print Date: 24/10/2023 05:47 PM

Service	Service price	Currency
Complete Blood Picture (CBC)	300	Egyptian Pound
SGOT (AST)	120	Egyptian Pound
SGPT (ALT)	120	Egyptian Pound
Serum Creatinine	120	Egyptian Pound
Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)..	175	Egyptian Pound
Urine Analysis	120	Egyptian Pound
C-Reactive Protein (CRP) Titre	300	Egyptian Pound
Web Result	0	Egyptian Pound
House Call (1)	50	Egyptian Pound
SMS	0	Egyptian Pound

Total amount	1,305	Insurance	0	Cash	1,305
Paid	1,305	Remaining	0	Discount	0
Total refund	0	Co Payment	0		
Cashier	4364 خليفه عزت				





RGN230217086

إيصال تفصيلي رقم

ahmed.sultan : امين الخزينة

التاريخ 25/10/2023 الساعة 11:42

:
:
تخصص الطبيب : مناعه وروماتيزم
:
رقم Queue 2508

الرقم الطبي : U2399180017
اسم المريض : كنزه وشعار العربي وشعار
رقم الدخول : OPN230136795
اسم الطبيب : ياسر عزت طه محمد حافظ
العيادة : عيادة عظام- روماتيزم
و القيمة تمثل : كشف

ت	الرمز	البيان	الكمية	القيمة	نقدي	آجل
1	Consu00001	كشف استشاري : ياسر عزت طه محمد حافظ	1	500.00	500.00	0.00

0.00	500.00	500.00	الإجمالي
------	--------	--------	----------

العملة	القيمة
جنيه مصري	500.00

طريقة الدفع	المبلغ المستلم
نقدا	500.00

امين الخزينة : ahmed.sultan



تاريخ الحضور : 19/10/2023
تاريخ التقرير : 19/10/2023

اسم المريض : كنزه وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 27231024996
عمر المريض : 47 Y

Microbiology Unit

Urine Analysis

Colour	Yellow	Yellow
Aspect	S. Turbid	Clear - S.Turbid
pH	7.5	5 - 8
Specific Gravity	1,012	1005 - 1030

Chemical Examination

Glucose	Absent	Absent
Ketone Bodies	Absent	Absent
Bilirubin	Absent	Absent
Urobilinogen	N.Trace	N. Trace
Albumin	Absent	Absent

Microscopic Examination

Pus cells/ HPF	1 - 2	Up To 10
R.B.Cs/HPF	1 - 2	Up To 5
Epithelial cells	Rare	Few
Crystals	Absent	Absent
Amorphous materials	Phosphates (++)	Absent
Casts	Absent	Absent
Parasities	Absent	Absent
Yeast cells	Absent	Absent
Others	Absent	Absent

Reviewed By:

Dr. Soha Samir



Pt. Branch: المعادي - فونتانا

تاريخ الحضور : 19/10/2023
تاريخ التقرير : 19/10/2023

اسم المريض : كنزه وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 27231024996
عمر المريض : 47 Y

Hematology Unit

Complete Blood Picture (CBC)

	Result	Unit	Ref. Range
Haemoglobin	12.10	g/dL	11.5 - 16
Hematocrit	36.4	%	34 - 44
Red cell count	4.41	$\times 10^6 / \mu\text{L}$	3.8 - 5.4
MCV	82.6	fL	78 - 96
MCH	27.4	pg	26 - 32
MCHC	33.1	g/dL	31 - 36
RDW	14.7	%	11.5 - 14.5
Platelet Count	255	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	150 - 410
T.L.C	5.2	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	4 - 11

Differential Count

	Percentage(%)	Ref. Range	Absolute Count	Ref. Range
	Result		Result	
Basophils :	1 %	0 - 1	0.1 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	0 - 0.11
Eosinophils :	2 %	0 - 6	0.1 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	0 - 0.6
Stab :	0 %	0 - 7	0.0 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	
Segmented	43 %	40 - 75	2.2 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	2 - 7
Lymphocytes :	45 %	20 - 45	2.3 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	1.5 - 4
Monocytes	9 %	1 - 10	0.5 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	0.2 - 1

Comments : Normal Hb. RBCs show mild anisocytosis.
Platelets are adequate.
WBCs are within normal limits.

Reviewed By:

Dr. Soha Samir



Branch: المعادي - فونتانا



تاريخ الحضور : 19/10/2023
تاريخ التقرير : 19/10/2023

اسم المريض : كنزه وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 27231024996
عمر المريض : 47 Y

Chemistry Unit

			Ref. Range
Serum Creatinine	0.90	mg/dl	0.56 - 1.04
ALT(SGPT)	15	U/L	0 - 35
AST (SGOT)	18	U/L	0 - 35
C-Reactive Protein (CRP) Titre	<1	mg/L	Less Than 5

Reviewed By:

Dr. Soha Samir



Pl. Branch: المعادي - فورتانا

age **AMG**
ALFA MEDICAL GROUP

Printed by: 4364 خليله عزت
A MEMBER OF ALFA MEDICAL GROUP

PM :Printed on 05:47 24/10/2023

معامل الفا

16191



تاريخ الحضور : 19/10/2023
تاريخ التقرير : 19/10/2023

اسم المريض : كنزہ وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 27231024996
عمر المريض : 47 Y

Hematology Unit

Erythrocyte Sedimentation Rate (E.S.R)

First Hour :

21

mm

Ref. Range

0 - 20



Reviewed By:

Dr. Soha Samir

2t. Branch: المعادي - قنطرة

age AMG
ALFA MEDICAL GROUP

Printed by: 4364 خليفة عزت

A MEMBER OF ALFA MEDICAL GROUP

PM :Printed on 05:47 24/10/2023

معامل الفا

16191