

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0058092

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KATMOUR Mohamed
Date de naissance : 19/05/05
Adresse :
Tél : 0661 296244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/12/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HERNIES
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 : RAM Le : 15/12/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

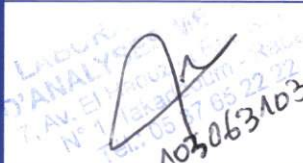
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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
	15/12/23	B: 130	140,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

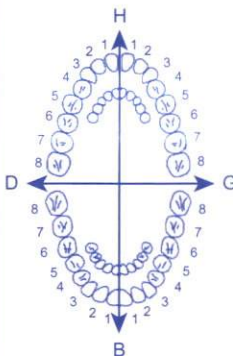
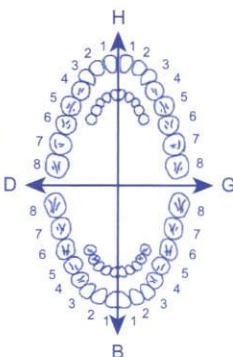
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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



ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE
التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة

Facture

N° facture 2023-4138

Rabat, le 16/12/2023

Date de prélèvement 15/12/2023

Mr EL KATMOUR Mohammed

Code Acte	Designation Acte	Cotation
ACR	RAPPORT MICROALBUMINURIE SUR CREATININURIE	100
HLM	COMPTE D'ADDIS (HLM)	30

Total B	130
Total en dirhams	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt dirhams***

ICE : 002221659000007 - IF : 33630729

LABORATOIRE
D'ANALYSES MÉDICALES
Av. El Khatib - Rue El Khatib
N° 1 - 65 22 22 - Rabat



ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE
التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة

Edité à Rabat le : 13/01/2024
Date du prélèvement : 15/12/2023
Heure du prélèvement : 11:42
Prescripteur : Dr Meryem ZERRIK

Mr EL KATMOUR Mohammed
Né(e) le : 25/04/1967
Dossier N° : 151223-028
Code patient : 20-02625



BIOCHIMIE URINAIRE

RAPPORT MICROALBUMINURIE SUR CREATININURIE

Microalbuminurie	:	5,88 mg/l	(Inférieur à 30)
Créatininurie	:	2,788 mmol/l	
Rapport Microalbuminurie / Créatininurie	:	2,11 mg/mmol	
		21,10 mg/g	

Interprétation (Normales du rapport sur échantillon):

< 3mg/mmol (< 30 mg/g): Taux normal
3 à 30 mg/mmol (30 à 300 mg/g) : Taux douteux à recontrôler
> 30 mg/mmol (> 300 mg/g): Taux pathologique à suivre

COMPTE D'ADDIS (HLM)

DIURÈSE (3 HEURES)	:	600,00 ml	
DÉBIT	:	3,33 ml/min	(0,2 - 3)
LEUCOCYTES (L/MN)	:	4 662 L/min	(Inférieur à 5000)
HÉMATIES (H/MN)	:	120 879 H/min	(Inférieur à 5000)
CYLINDRES	:	Absence	
AUTRES	:	Absence	

Page : 1 / 1



Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

12 Dec 2023

Médecin Commandant MERYEM ZERRIK
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224269

KATMOUR Ned

faui wa

- ACR

- Compte d'Addis x

LABORATOIRE D'ANALYSES
Av. El Hachou - El Kheir
N° 1, Takaddoum - Rabat
Tel : 05 37 65 22 22

LABORATOIRE D'ANALYSES
Av. El Hachou - El Kheir
N° 1, Takaddoum - Rabat
Tel : 05 37 65 22 22

Médecin Commandant MERYEM ZERRIK
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224269