

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

M24- 0003885

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2186 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Krin Driss

Date de naissance : 20/11/74

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

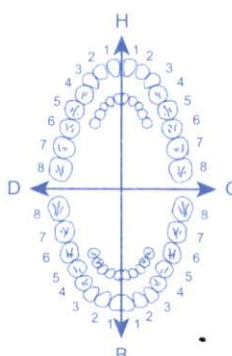
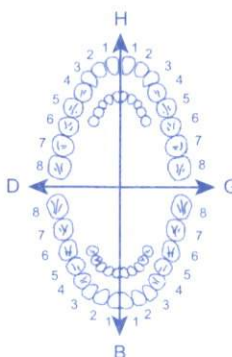
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

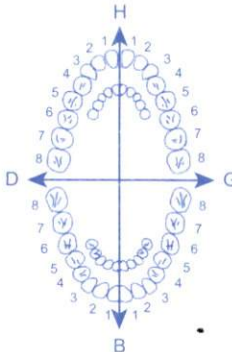
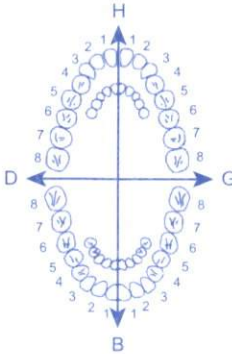
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Début d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fin d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date du Devis <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
				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			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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 L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite de dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 866286


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KRIM DOUK
Matricule : 10186 Fonction : Retraite Poste : R-101
Adresse : 84 Rue El ANBAR 81 81 pour Bensouda
Tél. : 0661 26 60 78 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KRIM DOUK Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 25/3/24
Nature de la maladie : DIABETE
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Bensouda le 25 / 3 / 24 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois


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
25/3/24	R	01	150,00	

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
	02/04/24	I	560,00

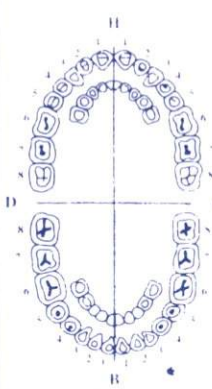
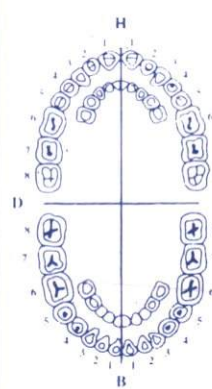
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT 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 00000000</td> <td>G 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 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

BILAN BIOLOGIQUE

Le :

26/3/24

Nom / Prénom : Kaim. DASS

Age :

Sexe : M ☒ F ☒

◆ Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

◆ Hématologie/infectiologie

- ☒ NFS
- ☒ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

◆ Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

◆ Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun
- ☒ Hyperglycémie provoquée
- ☒ Hémoglobine glyquée

◆ Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Autres :

PSA

◆ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

◆ Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

◆ Fonction rénale

- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☒ Clairance de la créatinine
- ☒ Protéinurie des 24h

◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

◆ Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Œstradiol
- ☐ BHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B:
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Antigène Hbe
 - ☐ Anticorps Anti Hbc
 - ☐ Anticorps Anti Hbs
 - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

◆ Divers

- ☒ PSA
- ☒ Phosphatase acide
- ☒ Vitamine D
- ☒ CPK
- ☒ Troponines
- ☒ BNP
- ☒ Pro BNP





FACTURE N° : 24004462

BERRECHID : 02/04/2024
 Nom et Prénom ... : Monsieur Driss KRIM
 Prescripteur : Dr. Khadraoui driss

CODE	ANALYSES	Clé	B/HN	PRIX EN DH
B 361	PSA TOTAL	B	230	253,00
B 111	CREATININE	B	30	33,00
B 135	UREE	B	30	33,00
B 119	HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B	100	110,00
B 118	GLYCEMIE A JEUN	B	30	33,00
B 216	NUMERATION FORMULE SANGUINE	B	80	88,00

Montant Net : 560,00 Dhs (Soit 500 B/ 0 HN)

Arrêtée la présente facture à la somme de:
 Cinq cent soixante Dirhams et zéro centime



INPE 063060990

Dr. A HAWAZINE

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél. : 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

ICE : 001638113000039 - Autorisation N° : 5814



Dr. Khadraoui driss

Date du prélèvement : 02/04/24

Dossier édité le : 02/04/2024

Code Patient : 81650



Mr. KRIM Driss

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

020424 108

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

		Valeurs de référence	Antécédents
GLOBULES ROUGES	: 4,63	M/ μ l (4.5 à 5.8)	01/09/23 : 4.52
HEMOGLOBINE	: 14,10	g/dL (13.5 à 17.5)	01/09/23 : 13.90
HEMATOCRITE	: 41,90	% (40 à 50)	01/09/23 : 41.10
V.G.M	: 90,50	μ 3 (82 à 98)	01/09/23 : 90.93
T.C.M.H	: 30,45	pg (>OU= 27)	01/09/23 : 30.75
C.C.M.H	: 33,65	% (32 à 36)	01/09/23 : 33.82
PLAQUETTES	: 227 000	/mm3 (150 000 à 400 000)	01/09/23 : 237000
GLOBULES BLANCS	: 5 940,00	/mm3 (4 000 à 10 000)	01/09/23 : 4970.00
FORMULE LEUCOCYTAIRE :			
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 59,10	%	01/09/23 : 59.30
Soit	: 3 510,54	/mm3 (1 800 à 7 500)	
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 3,000	%	01/09/23 : 1.800
Soit	: 178,2	/mm3 (100 à 400)	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0,20	%	01/09/23 : 0.20
Soit	: 11,9	/mm3 (0 à 200)	
LYMPHOCYTES	: 27,60	%	01/09/23 : 28.60
Soit	: 1 639,4	/mm3 (1 000 à 4 500)	
MONOCYTES	: 10,10	%	01/09/23 : 10.10
Soit	: 599,9	/mm3 (2 00 à 1 000)	
TOTAL	: 100,00	%	

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

		Valeurs de référence	Antécédents
GLYCEMIE A JEUN	: 2,38	g/l (0.7 à 1.10)	01/09/23 : 1.32
ou	: 13,21	mmol/l (3,88 à 6,12)	

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) : 8.6 %

HPLC (Chromatographie liquide haute pression) sur automate ADAMS : Technique de référence.

01/09/23 : 6.9

- L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 5,7 %

- L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 6,5 %



INPE 063060990





Dr. Khadraoui driss

Date du prélèvement : 02/04/24

Dossier édité le : 02/04/2024

Code Patient : 81650



Mr. KRIM Driss

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

020424 108

UREE	: 0,45	g/l	(0.13 à 0.46)	01/09/23 : 0.43
	ou : 7,47	mmol/l	(1,70 à 7,60)	
CREATININE	: 10,63	mg/l	(7.0 à 13.0)	01/09/23 : 12.82
Méthode Enzymatique	ou : 93,54	μmol/l	(44 à 106)	

MARQUEURS TUMORAUX

P.S.A (ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE):

Résultat : 0,06 ng/ml

Valeurs de référence

Antécédents

01/09/23 : 0.05

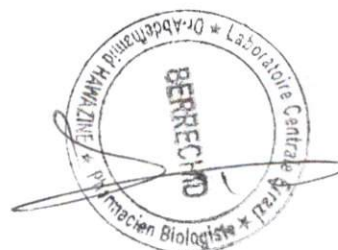
Valeurs de référence selon l'âge:

40 à 49 : <2.5

50 à 59 : <3.5

60 à 69 : <4.5

>70 : <6.5



INPE 063060990