

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

ND. 30621

Déclaration de Maladie : N° P19-0008581

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2634 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KERMANI Abdelhak Date de naissance : 6.9.57

Adresse : 62BD MY ISMAIL APPZETAS R.N CASA

Tél. 0689374880 Total des frais engagés : 1558,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2020

Nom et prénom du malade : ADONNE SA Hani El Fuhma Age : 1962

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 : CASA


Le : 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
12/06	L		200 M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/06	408,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13-06-2020	2300 + 16124	850,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

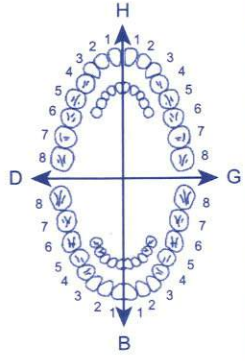
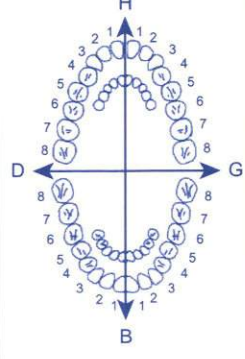
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif

Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse

Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE

الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز



الدار البيضاء، في 18/06/2010

Ad NAME or NAME Celle formule



Ramipex 20 (4700 2bte)

1 fe / mtr dte x2 mtr

T. nmetat

1 fe x 2

felaxin 160

1 fe / 1600 sps



M3.7072

PPV 113 DH 70

6.2.20 x 2

LOT : 7051

UT. AV : 12-24

P.P.V : 47 DH 20

LOT : 7052

UT. AV : 12-24

P.P.V : 47 DH 20

87.00

3-



408.80



26، شارع إدريس الحريزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 05 22 22 90 64 / 65

26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 / 65

Email : mostaphasabir@gmail.com

ORDONNANCE

Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64/65-Casa

CAN Le 12.06.2020

ADNANE El Alami lillo
Felling

- NFS

- Jutaf

Vit B12
Vit D

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. RIZIANE EL ALAOUI
195, Bd Emile Zola, Casablanca
Tél & Fax: 05 22 24 20 03 - Gsm: 06 67 79 24 60

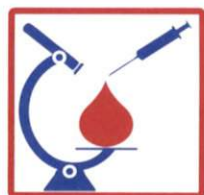
Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64/65-Casa

Mme ADNANE EL ALAOUI LAL
23-09-1982



A coller sur l'ordonnance

ORDO



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE - SPERMIOLOGIE - TOXICOLOGIE

مختبر التحليلات الطبية "إميل زولا"

LABORATOIRE EMILE ZOLA

Dr Rizlane BERRADA

195, Bd Emile Zola - Belvédère - CASABLANCA

Tel/Fax : 05.22.24.20.03 - GSM : 06.67.79.24.60

Email : laboemilezola@gmail.com

Casablanca, le 13-06-2020

FACTURE N° : 200600139

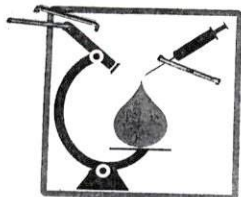
NOM	Mme ADNAN EL ALAOUI LALLA FATIMA
PRESCRIPTEUR	Dr SABIR MUSTAPHA

TOTAL COTATION B	930
TOTAL DE LA FACTURE	850.00 DHS

Arrêtée la présente Facture à la somme de : **huit cent cinquante dirhams** .

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. Rizlane BERRADA
195, Bd Emile Zola - Casablanca
Tel & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60

PATENTE N° : 31200992 / IF N° 15188210 / CNSS N° 4138857 / ICE N° 001709746000031 / INPE: 093000313



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE - SPERMIOLOGIE - TOXICOLOGIE

مختبر التحليلات الطبية "إميل زولا"

Date de la demande : 13-06-2020

Code patient : A180940017

Né(e) le : 23-09-1962 (57 ans)

Mme ADNAN EL ALAOUI LALLA
FATIMA

Dossier N° : 2006130003

Prescripteur : Dr MUSTAPHA SABIR

Tel : 06.89.37.48.80



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Numération Formule Sanguine)

SYSMEX® KX21 " Valeurs de référence en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique et d'une grossesse "

				04-03-2020
Hématies (Globules rouges):	4.32	M/mm3	(3.90-5.40)	4.17
Hémoglobine :	13.1	g/dL	(12.0-16.0)	12.8
Hématocrite :	39.5	%	(35.5-45.5)	38.8
VGM :	91.4	fL	(80.0-99.0)	93.0
TCMH :	30.3	pg	(27.0-32.0)	30.7
CCMH :	33.2	g/dL	(32.0-36.0)	33.0
RDW :	15.2	%	(11.5-14.0)	12.1
Leucocytes (Globules blancs):	7 000	/mm3	(4 000-10 000)	4 600
Polynucléaires Neutrophiles :	66	%		64
Soit:	4 620	/mm3	(1 500-7 500)	2 944
Lymphocytes :	32	%		31
Soit:	2 240	/mm3	(1 000-4 000)	1 426
Monocytes :	2	%		5
Soit:	140	/mm3	(<1 100)	230
Polynucléaires Eosinophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0-600)	0
Polynucléaires Basophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0-150)	0
Plaquettes :	296	x1000/mm3	(150-400)	241
VMP :	10.4	µm3	(6.0-11.0)	10.0

Commentaire :

Hémoogramme normal contrôlé sur Frottis Sanguin.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE - SPERMIOLOGIE - TOXICOLOGIE

مختبر التحليلات الطبية "إميل زولا"

Dossier N° 2006130003

Mme LALLA FATIMA ADNAN EL ALAOUI

BIOCHIMIE SANGUINE

25-09-2018

25 OH-Vitamine D total (D2+D3)

41.90 ng/ml

14.10

(BIOMERIEUX® Vidas – Immuno-Fluorescence ELFA)

Interprétation:

< 20	ng/mL	: Déficient
20 - 29	ng/mL	: Insuffisant
30 - 100	ng/mL	: Suffisant
> 100	ng/mL	: Toxicité

08-01-2020

Vitamine B12 (Cobalamine)

1 255.00 pg/mL

(191.00–663.00)

50.00

926.19 pmol/L

(140.96–489.29)

Validé biologiquement par : Dr. BERRADA Rizlane

Laboratoire "EMILE ZOLA"
Dr. Rizlane BERRADA
195, Bd Emile Zola - Casablanca
Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60