

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.

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

N° W19-482542

ND: 330 38

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9796 Société : AMAREUS MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSALMI LIHOSSAINE

Date de naissance : 25-06-1964

Adresse : 14017 RUE

Tél. : 0661711713 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2020

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/02/2020	C		911	

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
	14/02/20	B160 1/2	200,00 014

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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 : <input type="text"/>	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
du Foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abscès
Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie
Ex chef de service de Gastro-entérologie
à l'hôpital Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد, المرارة, المعدة, الأمعاء, اليواسير

الفحص بالأشعة فوق الصوتية, الفحص بالمنظار الداخلي
للمعدة والمعي الغليظ
تشخيص وجراحة أمراض المخ
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابق بمستشفى
مولاي عبدالله المحمدية

Mohammadia Le: 4 Fevr 2020

ESSALMI ZAKARIA

NFJ
TP - TLK

Nourdine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Tél 0523 32 14 19 - GSM 0661 182 702



زنقة عبد الرحمان سرغيني, إقامة راوية عمارة A الطابق الثاني الشقة رقم 10

Rue Abderrahmane SARGHINI, Résidence RAWIYA Imm. A, App. N° 10 - Mohammadia

Tél/Fax : 0523 321 419 - GSM : 0661 182 702 - nourdinemallouk@gmail.com

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED
Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICÉ: 001781528000074

INPE: 093002509

Pat: 39450049

IF: 34637815

FACTURE N° : 200200758

MOHAMMEDIA le 14-02-2020

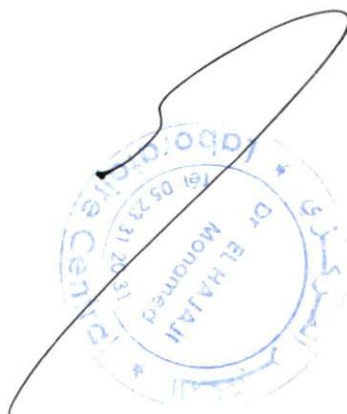
Mr ESSALMI ZAKARIA
2002140100

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B
	TP PROTHROMBINE	B40	B

Total des B : 160

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s.





المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

الحمدية - (في اتجاه باب القصة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro



Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

Date du prélèvement : 14-02-2020 à 14:33

Code patient : 2002140100

Né(e) le : 04-04-1999 (20 ans)

Edition du : 14-02-2020

Mr ESSALMI ZAKARIA

Référence : 2002140100

Prescripteur : Dr NOURDINE MALLOUK

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Cytométrie en flux Sysmex XT-1800i)

GLOBULES ROUGES	5.28	M/mm ³	(4.20-5.00)
Hémoglobine	14.50	g/dl	(12.00-16.00)
Hématocrite	44.00	%	(35.00-51.00)
VGM	83	μ ³	(83-93)
TCMH	28	pg	(26-35)
CCMH	33	g/100ml	(31-37)
GLOBULES BLANCS	6 900	/mm ³	(4 000-10 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Poly. Neutrophiles	48.00	%	
Soit:	3 312	/mm ³	(2 000-7 500)
Poly. Eosinophiles	2.00	%	
Soit:	138	/mm ³	(100-400)
Poly. Basophiles	0.00	%	
Soit:	0	/mm ³	(0-150)
Lymphocytes	46.00	%	
Soit:	3 174	/mm ³	(1 000-4 000)
Monocytes	4.00	%	
Soit:	276	/mm ³	(100-1 000)
Total	100	%	

NUMERATION DES PLAQUETTES

PLAQUETTES 303 000 /mm³ (150 000-400 000)

FROTTIS SANGUIN

Formule sanguine : Cytologie normale

www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI



الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمان السريغيني (في اتجاه القصة) - الحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88



LABORATOIRE
CENTRAL

المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

الحمدية - (في اتجاه باب القصة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro



Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

Date du prélèvement : 14-02-2020 à 14:33

Code patient : 2002140100

Né(e) le : 04-04-1999 (20 ans)

Edition du : 14-02-2020

Mr ESSALMI ZAKARIA

Référence : 2002140100

Prescripteur : Dr NOURDINE MALLOUK

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

(Technique chronométrique STA- Neoplastine CL STAGO)

Témoin	12.5 s	
Sujet	12.50 s	(12.00-14.00)
TP	100.00 %	(70.00-100.00)

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN(TCK)

Témoin	30 sec.	
Sujet	38 sec.	(30-40)

www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI



الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمان السريغيني (في اتجاه القصة) - الحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88