

# 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

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° P19- 0028587

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6115 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : KARIM ELHASSANI

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 29/11/2013

Nom et prénom du malade : ELHASSANI NADIA 48

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

Nature de la maladie : .....

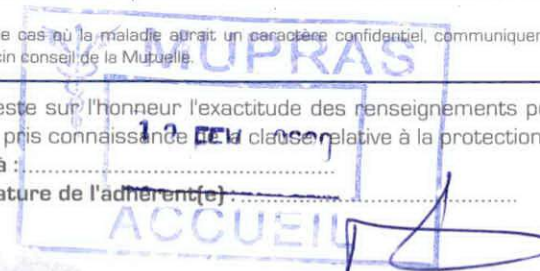
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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.

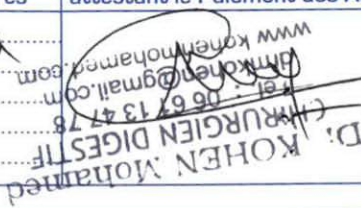
Fait à : ..... Le : .....

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
28/11/19			300	

# 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
	28.11.19	B670+Pc	922.80DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

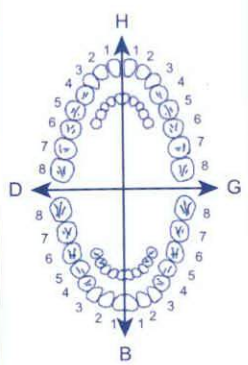
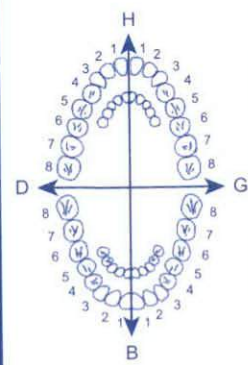
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

## Dr. Mohamed KOHEN

Diplômé de la faculté de médecine de Nantes  
Ancien chef de clinique CHU de Nantes

Chirurgie de l'obésité  
Chirurgie cancérologique  
Chirurgie digestive

Date 28.11.19

Identité Mr. EL ANASSI Nedko

## Bilan sanguin

☒ NFS et Plaquettes☒ TP et TCK☐ CRP☒ Urée et Créatinine☐ Protidémie☐ Albuminémie☐ Calcium et Magnésium☐ Glycémie☐ Lipasémie☒ Phosphatases Alcalines☒ ASAT et ALAT☒ Gamma GT☐ Sodium et Potassium☐ Folates☐ Ferretine☐ Groupage☐ Ionogramme☐ Acide urique☐ Cholestérol☐ Tryglicerides☐ PSA☒ TSH☐ T4☐ AFP☐ ACE☐ Ca 19.9☐ CA 125☐ Zinc - Calcium☐ Vit A - Vit B12 - Vit C - Vit D

Dr. KOHEN Mohamed  
CHIRURGIEN DIGESTIF  
Tel.: 06 61 13 47 78  
drmkohen@gmail.com  
www.kohenmohamed.com

Angle rue El kadi lass et Ahmed El Majjati 2<sup>ème</sup> étage - Maârif - Casablanca

☎ 05 22 25 73 63 / 06 61 13 47 78 ✉ drmkohen@gmail.com 🌐 www.kohenmohamed.com

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في  
التحليلات الطبية

Casablanca le 28-11-2019

Mme EL-AMRANI EL HASSANI Nadia

FACTURE N° B19110636

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50	B
0143	Phosphatases alcalines	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 670

TOTAL DOSSIER : 922.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

neuf cent vingt-deux dirhams quatre-vingts centimes





Mme EL-AMRANI EL HASSANI Nadia

Prescripteur : KOHEN Mohamed

Casablanca le : 28-11-2019

Du : 28-11-2019

Référence : B19110636

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antécédents

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

#### Numération Globulaire

Hématies	4.5	M/mm <sup>3</sup>	(4.0-5.3)
Hémoglobine	13.4	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	39	%	(37-46)
VGM	87	μ <sup>3</sup>	(80-95)
TCMH	30	pg	(28-32)
CCMH	34	g/100mL	(30-35)

#### Formule leucocytaire

Leucocytes	8 750	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)
Neutrophiles	56 %	soit 4 900 /mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)
Eosinophiles	3 %	soit 263 /mm <sup>3</sup>	(<400)
Basophiles	1 %	soit 88 /mm <sup>3</sup>	(<100)
Lymphocytes	35 %	soit 3 063 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)
Monocytes	5 %	soit 438 /mm <sup>3</sup>	(200-1 000)

#### Numération plaquettaire

Plaquettes	217 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.2	fl	(6.0-11.0)

## HEMOSTASE

### Taux de Prothrombine (TP)

Taux de prothrombine	95.3	%	(70.0-100.0)
INR	1.01		



Mme EL-AMRANI EL HASSANI Nadia

Prescripteur : KOHEN Mohamed

Casablanca le : 28-11-2019 Du : 28-11-2019

Référence : B19110636

Normes

Antécédents

### Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

Temps Témoin	25.0 s	
Temps Patient	26.6 s	
Rapport	1.06	(0.80-1.20)

### BIOCHIMIE SANGUINE

Phosphatases alcalines	67 UI/L	(40-130)
Transaminase GOT (ASAT)	20 UI/L	(10-45)
Transaminase GPT (ALAT)	14 UI/L	(10-35)
Gamma GT	21 UI/L	(7-35)
Urée	0.23 g/L 3.83 mmol/L	(0.15-0.42) (2.50-7.00)
Créatinine	5.90 mg/L 52.2 µmol/L	(6.30-12.00) (55.7-106.1)

### BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH) (Cobas e411: Electrochimiluminescence)	3.26 µUI/mL	(0.27-4.20)
---	-------------	-------------

