

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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.

Education :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00313 Société : 37059

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL OUAIFI ZOHRA

Date de naissance :

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08724

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire									
		<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>		D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553		
D	H										
25533412 00000000	21433552 00000000										
00000000 35533411	00000000 11433553										
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>									
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>											

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0043563		
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		CLAOIFI 2011 RA		
Fonction		INSTRUCTEUR	Phones	0622310798
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			ELAIFI 2011 RA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Signature et cachet du médecin		
PHARMACIE	Date			Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 20/01/2011		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
B220 APC		300 DH		
LABORATOIRE PANORAMIQUE D'ANALYSES MEDICALES Dr. KADIR BEN el. 0522 29 61				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

18-1-21

Nom : WAFI

Prénom : MOHAMED

ANALYSES DEMANDEES

NFS - VS

GLYCEMIE

HbA1C

UREE

CREATININE

ACIDE URIQUE

CHOLESTEROL HDL

TRIGLYCERIDES

TRANSF - 8GT

HIV

PSA

SEROLOGIE HEPATITES B et C

TP

INR

TSH

T4

CHIMIE URINAIRE

CBU

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux

(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360



الدكتور (النواري) محمد
أخصائي في التحاليلات الطبية

مختبر التحاليلات الطبية بانورامييك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostique Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Facture N° : 347

Casablanca le 20 janvier 2021

A l'attention de : **Mme EL OUAFI ZOHRA**

Analyses :

Glycémie (a jeun) -----	B	30
Cholestérol total -----	B	30
Triglycérides -----	B	60
Cholestérol HDL -----	B	50
Cholestérol LDL -----	B	50

Prélèvements :

Sang----- Pc 1,5

Total dossier : 300,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cents Dirhams

LABORATOIRE PANORAMIQUE
ANALYSES MEDICALES
Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél : 05 22 52 29 61
Fax : 05 22 52 26 59
Patente : 34033937 - I.F : 51360060 - C.N.S.S : 6070445 - I.C.E : 001714638000061 - I.N.P.E : 093002053
G-mail : labo_panoramique@yahoo.fr



الدكتور الناوري محسن
أخصائي في التحاليل الطبية

مختبر التحاليل الطبية بانوراميك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostique Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Dossier ouvert le : 20/01/21.
Prélèvement effectué à 09:34

Mme EL OUAFI ZOHRA
Docteur MOHAMED LEBBAR
Dossier N° : 21A1556

BIOCHIMIE

GLYCEMIE (à jeûn)	:	1,03	g/l	0,7 - 1,1
	Soit :	5,7	mmol/l	3,9 - 6,1
CHOLESTEROL TOTAL	:	2,07	g/l	< 2,2
	Soit :	5,34	mmol/l	< 5,676
TRIGLYCERIDES	:	1,36	g/l	0,4 - 1,65
	Soit :	1,55	mmol/l	0,46 - 1,88
CHOLESTEROL HDL	:	0,42	g/l	0,35 - 0,6
	Soit :	1,08	mmol/l	0,903 - 1,548
CHOLESTEROL LDL	:	1,34	g/l	< 1,6
calculé selon la formule de Friedewald	Soit :	3,46	mmol/l	< 4,128
valable que si les TG < 4g/l				

Valeurs souhaitables du LDL(g/l) en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire selon l'AFSSAPS

Absence de facteurs de risque: LDL < 2,2

Présence de facteurs de risque: LDL < 1,9

Présence de 2 facteurs de risque: LDL < 1,6

Présence de plus de 2 facteurs de risque: LDL < 1,3

Présence d'antécédents de maladie cardiovasculaire: LDL < 1

Selon l'AFSSAPS les facteurs de risque sont: l'âge; antécédents familiaux de maladie coronaire précoce

LABORATOIRE PANORAMIQUE
D'ANALYSES MEDICALES
DE KADIRI MOHAMED
BILOGISTE
Tél: 0522522961
Fax: 0522522961