

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.

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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 055205

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01.017

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

68442

Nom & Prénom : DADI IL HAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0673575812

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 :

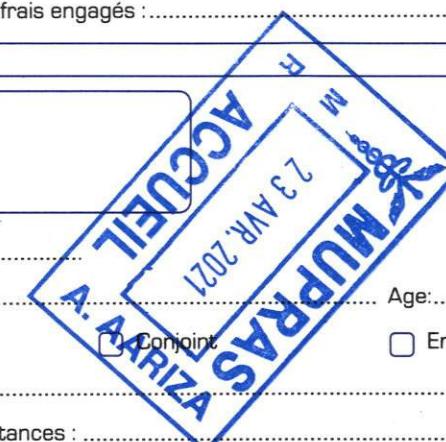
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

| | | |
|-----|-----|------------------------------------------------------------------|
| S | SF | = Actes pratiqués par la sage femme et relèvent de sa compétence |
| S | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| PSY | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| N | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| D | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| D | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| C | 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 EFFECTUÉS 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'ORTHOPÉDIE

- 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 Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 398169

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DADI ILHAM

Matricule : 1017 Fonction : Retraitee Poste : _____

Adresse : Res. JACQUIN CALIFORNIE BD FZ APP 3 B'

Tél. : 0673 77812 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DADI ILHAM Age : 16

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : HM

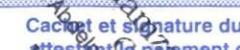
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :

A : CASABLANCA, le 23/03/2004

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Hamza Landoulsi
Abdelhounane
05 22 89 99 39
Signature et cachet du médecin
Dr. Hamza Landoulsi
Abdelhounane
05 22 89 99 39
Signature et cachet du médecin

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/3/2021 | G15C6 | | 30012M |  CLINIQUE PENNOLINA 1 rue Abdelmalek Es-Sabagh Algiers 05 22 80 33 39 / 38 38 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 02/04/2021 | B650 + P | 20000 |

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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

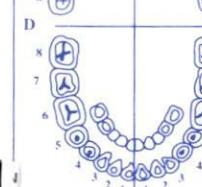
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>D</th> <th>B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | H | D | B | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 35533411 | 11433553 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| H | D | B | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |

G (Création, remont, adjonction)

(Creation, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la p

7. Оценка социальной политики, необходимой для поддержания и укрепления социальной стабильности в стране.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

29 MARS 2021

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Dr. Hamza Benouna

- Dr. KADIRI

- Dr. Cyp

- Dr. Doga

- Dr. Ioum

LABORATOIRE KANOUNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél.: 0522 522961

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

29 MARS 2021

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

1. DADI Idriss

→ INTRAM

150 150

→ ADDITWA
vital

100 100

.. Di'OVENAL 600

1400 1400

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Abdelmoumen et Rue Abdelmalek
CASABLANCA
88 Casablanca 22000 3939 / 3838

إقامة هشام، زاوية شارع عبد العزيز عبد المالك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : benounahamza@yahoo.fr



الدكتور (النواري) محمد
أخصائي في التحاليلات الطبية

مختبر التحاليلات 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
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Facture N° : 1344

Casablanca le jeudi 1 avril 2021

A l'attention de : **Mme DADI ILHAM**

Analyses :

| | | |
|-----------------------------------|---|-----|
| Numération formule complète ----- | B | 80 |
| D -dimère ----- | B | 250 |
| Créatinine sanguine ----- | B | 30 |
| Urée ----- | B | 30 |
| Ionogramme sanguin ----- | B | 160 |
| Protéine C réactive ----- | B | 100 |

Prélèvements :

Sang----- Pc 1,5

Total dossier : 900,00 DH

Arrétée la présente facture à la somme de :

Neuf Cents Dirhams

LABORATOIRE PANORAMIQUE
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. KADIRI Mohamed
Tél.: 0522 219 61

Laboratoire d'Analyses Médicales Panoramique

Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Tél: 0522522961 Fax: 0522522659

Dr KADIRI MOHAMED
Biogiste

Diplômé de l'Université de REIMS des spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire Ex.Attaché des hôpitaux de France

Dossier ouvert le : 01/04/21
Prélèvement effectué à 10:10

Mme DADI ILHAM
Dossier N° : 21D77

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

| | | | | | | Valeurs de référence (Femme Adulte) |
|----------------------------|---|---------|-------|------|-------|----------------------------------------|
| HEMATOCRITE | : | 40,0 | % | | | 35 - 47 |
| HEMOGLOBINE | : | 13,7 | g/100 | | | 12 - 16 |
| GLOBULES ROUGES | : | 4,42 | M/mm3 | | | 4 - 5,4 |
| CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES | | | | | | |
| V.G.M. | : | 90 | fl | | | 85 - 100 |
| T.G.M. | : | 31 | pg | | | 27 - 33 |
| C.C.M.H. | : | 34 | % | | | 31 - 36 |
| GLOBULES BLANCS | : | 5 170 | /mm3 | | | 4000 - 10000 |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | | | | | | |
| P. NEUTROPHILES (PNN) | : | 51,0 | % | soit | 2 637 | /mm3 |
| P. EOSINOPHILES (PNE) | : | 2,7 | % | soit | 140 | /mm3 |
| * P. BASOPHILES (PNB) | : | 1,2 | % | soit | 62 | /mm3 |
| * LYMPHOCYTES | : | 23,4 | % | soit | 1 210 | /mm3 |
| MONOCYTES | : | 21,7 | % | soit | 1 122 | /mm3 |
| PLAQUETTES | : | 218 000 | /mm3 | | | |

HEMOSTASE

D-DIMERE
technique archiect abbot : 395,00 ng/ml < 500

BIOCHIMIE

CREATININE : 6,63 mg/l 5 - 11
Soit : 59 l/mol 44,25 - 97,35

TEL: 0522522961
Dr. KADIRI MOHAMED
LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES
BIOCHIMIQUE

Laboratoire d'Analyses Médicales Panoramique

Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Tél: 0522522961 Fax: 0522522659

Dr KADIRI MOHAMED

Biologiste

Diplômé de l'Université de REIMS des spécialités Biochimie Clinique

Immunologie Générale Bactériologie et virologie Clinique

Diagnostic Biologique et Parasitaire Ex.Attaché des hôpitaux de France

Dossier ouvert le : 01/04/21

Prélèvement effectué à 10:10

Mme DADI ILHAM

Dossier N°: 21D77

| | | | | |
|------|--------|-------------|--------|-------------|
| UREE | : | 0,18 | g/l | 0,1 - 0,5 |
| | Soit : | 3,00 | mmol/l | 1,67 - 8,33 |

IONOGRAMME SANGUIN

| | | | | |
|--------------------------|--------|---------------|--------|-------------|
| SODIUM (<i>Na+</i>) | : | 141,0 | mEq/l | 135 - 145 |
| POTASSIUM (<i>K+</i>) | : | 4,12 | mEq/l | 3,5 - 5 |
| CHLORURES (<i>Cl-</i>) | : | 105 | mmol/l | 95 - 105 |
| RESERVE ALCALINE | : | 24 | mEq/l | 21 - 29 |
| PROTEINES TOTALES | : | 70,01 | g/l | 60 - 80 |
| CALCIUM PLASMATIQUE | : | 102,98 | mg/l | 81 - 104 |
| | Soit : | 2,57 | mmol/l | 2,025 - 2,6 |

IMMUNOLOGIE / SEROLOGIE

| | | | | |
|---------------------------|---|-------------|------|-----|
| CRP (Protéine C Réactive) | : | 8,00 | mg/l | < 6 |
|---------------------------|---|-------------|------|-----|

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

* اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom :

DADI

Prénom :

Ibrah

Date de naissance :

16/05/52

Age :

60 ans

Date d'examen :

29/03/01

Heure :

Motif d'examen :

HMI

Traitements :

Conclusions :

اقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن وبن عبد المالك ابومروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86.39 39 - Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Casablanca - Casablanca
Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Casablanca
Tél : 05 22 86 39 39
Abdellah Khouja

FC 60
PR 159
QRSD 91
QT 418
QTc 418

-- Axe --

P 75
QRS 20
T 57

