

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.

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.

Prothèse :

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° M21- 073359

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2660 Société :

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Etahery Abdelkrim

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | B.T. 70+ | 250 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

| 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

CLINIQUE ALMADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم

أستاذ في أمراض وجراحة العيون

داء العينين بالسكري وداء جلالة

أمراض الشبكية وجراحة العيون

Le 08-06-2021

Mr . ET-TAHERY ABDELKRIM.

cataracte œil gauche

=> cure de cataracte par phaco

+ Implant K130

25



Chirurgie des yeux

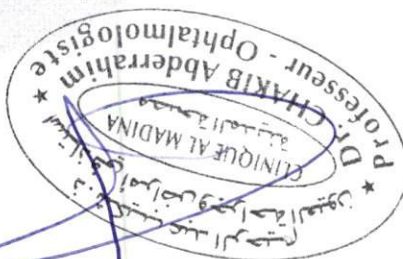


أمراض الشبكية وجراحة العيون

Mr. ETTAHERY Abdelkrim

NFS + plaquettes

Centre d'Analyses Médicales
Laboratoire - biologiste
11 Allée du Nouvelin - Casc
Prince Moulay Abdellah - Casc
1709 - 0522 29 71 06 - fax: 0522 26 83 00



INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 09-06-2021

Mr Abdelkrim ETTAHERY
Prescripteur :

Demande N° 2106090084

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|---------------------|-----|-------|
| 9105 | Prélèvement sanguin | E22 | E |
| 0111 | Créatinine | B30 | B |
| 0118 | Glycémie | B30 | B |
| 0135 | Urée | B30 | B |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |

Total des B : 170

TOTAL DOSSIER : 250.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante dirhams

Dr Nouredine LOUANJLI

LABOMAC
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 0522 20 74 22 - 0522 29 77 06 - Fax: 0522 26 83 03

مختبر التحاليل الطبية لبوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél: 0522 20 74 22 / 22 14 95 - Fax: 0522 26 83 03

Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080 - محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب
Tél : 05.22.47.33.83 / 05.22.20.74.22 / 05.22.29.77.06 / 05.22.22.14.95 / 06.61.06.15.99 / 06.61.06.35.99 / Fax : 05.22.26.83.03
e-mail : labomac@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. - محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84

labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

0522 20 74 22 / 22 14 95 - 41502000

Date du prélèvement : 09-06-2021 à 09:15

Code patient : 2106090084

Né(e) le : 01-01-1951 (70 ans)



Mr Abdelkrim ETTAHERY

Dossier N° : 2106090084

Prescripteur :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automates : Sysmex XN-2000 et Mindray BC-6800)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse"

| | | | |
|-------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------|
| Hématies : | 4.14 | M/mm ³ | (4.00-5.65) |
| Hémoglobine : | 12.9 | g/dL | (12.5-17.2) |
| Hématocrite : | 39.6 | % | (37.0-49.0) |
| VGM : | 96 | fL | (80-101) |
| TCMH : | 31 | pg | (27-34) |
| CCMH : | 32.6 | g/dL | (28.0-36.0) |
| RDW-CV : | 12.2 | % | (0.0-18.5) |
| Leucocytes : | 7 770 | /mm³ | (3 600-10 500) |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 51 | % | |
| Soit: | 3 963 | /mm ³ | (2 000-7 500) |
| Lymphocytes : | 36 | % | |
| Soit: | 2 797 | /mm ³ | (1 000-4 000) |
| Monocytes : | 8 | % | |
| Soit: | 622 | /mm ³ | (<1 100) |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 4 | % | |
| Soit: | 311 | /mm ³ | (0-600) |
| Polynucléaires Basophiles : | 1 | % | |
| Soit: | 78 | /mm ³ | (0-150) |
| Plaquettes : | 238 000 | /mm³ | (150 000-450 000) |

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - ر.ب.

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84

labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

0522 47 33 83

Date du prélèvement : 09-06-2021 à 09:15
Code patient : 2106090084
Né(e) le : 01-01-1951 (70 ans)

Mr Abdelkrim ETTAHERY
Dossier N° : 2106090084
Prescripteur :

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeûn

(Hexokinase G6PD-H - Roche Diagnostics Cobas)

1.66 g/L (0.70-1.10)
9.21 mmol/L (3.89-6.11)

Urée

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

0.43 g/L (0.10-0.50)
7.16 mmol/L (1.67-8.33)

Créatinine

(Dosage cinétique - Roche Diagnostics Cobas)

11.9 mg/L (5.0-13.0)
105.3 µmol/L (44.3-115.1)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"
Au cours de l'IR(aigue ou chronique), la créatininémie (Cr) peut rester longtemps dans les fourchettes des valeurs usuelles alors que le D.F.G est très diminué. Pour cette raison, l'ANAES recommande que l'estimation du D.F.G soit associée à chaque dosage du Cr.

Validé par : **Dr Noureddine LOUANJLI**

Page 2 / 2

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40.Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. ج.ع. الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - ر.ب. 40

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma