

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

18/03/21
Déclaration de Maladie

N° M21- 0060378

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : 80073 80073

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03 / 03 / 1957

Adresse : DR EL MANIRA R. 79 N°43

Tél. : 06 66 88 87 48 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 : Covid-19

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) :  Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 20.07.21 | B ₉₅₀ | 1000,00 Dhs |

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
| | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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>D</th> <th>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 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

CASH Le. 20/07/2021



FERRAD Saadia

- 1°/ WFS
- 2°/ Hb A/c
- 3°/ D. Dimers
- 4°/ SAT. ALAT. XGT
- 5°/ C.R.D.



* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2021/07/20 13:37

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0001 TB 0001 - 01

ID: 20210720008

CAL(N) = 1.1142X + 0.5201

TP 918

| NAME | % | TIME | AREA |
|------------|------|------|--------|
| FP | 0.0 | 0.00 | 0.00 |
| A1A | 0.5 | 0.24 | 5.09 |
| A1B | 1.3 | 0.33 | 12.78 |
| F | 0.6 | 0.46 | 5.93 |
| LA1C+ | 4.0 | 0.55 | 38.38 |
| SA1C | 7.8 | 0.67 | 62.78 |
| A0 | 87.0 | 1.03 | 834.41 |
| TOTAL AREA | | | 959.38 |

HbA1c 7.8%

HbA1 9.7% HbF 0.6%
0% 15%



LABORATOIRE AL AMAL D'ANALYSES MEDICALES



مختبر الأمل للتحليلات الطبية

Biochimie, Hématologie, Virologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie
Immunologie, Hormonologie, Toxicologie, Spermologie

Patente: 55750245 -- IF: 39495877 -- ICE: 002419218000041 -- INPE: 063063374
RC: 23614 -- CNSS: 1928121

FACTURE N° 1077/21

HAD SOUALEM le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

20/07/2021
MME ZERRAD SAADIA
21G242
Docteur ELJADOURI NADIA

| Acte de biologie demandé | Cotation (B) |
|--|--------------|
| NFS.HEMOGRAMME | 80 |
| D_DIMERES (PDF PRODUITS DE DEGRADATION DE FIBRINE) | 450 |
| Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C | 120 |
| TRANSAMINASE O/GOT/ASAT/TGO | 60 |
| TRANSAMINASE P/GPT/ALAT/TGP | 60 |
| GGT.GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE | 80 |
| CRP.C- REACTIVE PROTEINE | 100 |
| Total du (B) | B 950 |
| Prise de sang (PC) | 0,00 DH |
| Montant en DH | 1 020,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE VINGT DIRHAMS

LABORATOIRE AL-AMAL
D'ANALYSES MEDICALES
Lot Sahel N° 1er Etg Had Soualem
Tél/Fax: 05.22.96.31.50



Biochimie, Hématologie, Virologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie
Immunologie, Hormonologie, Toxicologie, Spermologie

Prélèvement du : 20/07/2021 à 12:21

Résultats édités le: 20/07/2021



MME ZERRAD SAADIA

Dossier N° 21G242

Age: 62 ans

Prescripteur: Docteur ELJADOURI NADIA

Page: 1/3

HEMATOCYTOLOGIE
(Sur Automate HORIBA YUMIZEN H500)

NUMERATION SANGUINE

Valeurs de référence

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

| | | | |
|----------------------|-----|--------------------------------|----------------|
| GLOBULES BLANCS..... | (*) | 11 950 /mm ³ | 3 800 à 11 000 |
| GLOBULES ROUGES..... | | 4,88 M/mm ³ | 3,80 à 5,90 |
| HEMOGLOBINE..... | | 13,0 g/dL | 11,5 à 17,5 |
| HEMATOCRITE..... | | 38,8 % | 34,0 à 53,0 |
| VGM..... | | 79,4 fL | 76,0 à 96,0 |
| TCMH..... | | 26,7 pg | 24,0 à 33,0 |
| CCMH..... | | 33,6 g/dL | 31,0 à 36,0 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|---------------|
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES. | | 77,4 % | |
| Soit (*) | | 9 249 /mm ³ | 1 700 à 7 500 |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES..... | | 0,3 % | |
| Soit | | 36 /mm ³ | 20 à 580 |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES..... | | 0,1 % | |
| Soit | | 12 /mm ³ | 0 à 110 |
| LYMPHOCYTES..... | | 15,0 % | |
| Soit | | 1 792 /mm ³ | 1 000 à 4 800 |
| MONOCYTES..... | | 7,2 % | |
| Soit | | 860 /mm ³ | 150 à 1 000 |

PLAQUETTES

| | | | |
|-----------------|--|---|-----------|
| Numération..... | | 443 10 ³ /mm ³ | 150 à 445 |
|-----------------|--|---|-----------|

**LABORATOIRE AL AMAL
D'ANALYSES MEDICALES**
Lot Sahel - 1^{er} Etg Had Soualem
Tél / Fax : 05 22 96 31 50



Biochimie, Hématologie, Virologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie
Immunologie, Hormonologie, Toxicologie, Spermologie

Prélèvement du : 20/07/2021 à 12:21

Résultats édités le: 20/07/2021



MME ZERRAD SAADIA

Dossier N° 21G242

Age: 62 ans

Prescripteur: Docteur ELJADOURI NADIA

Page: 2/3

HEMOSTASE

D_DIMERES.....: **479,04** ng/mL Inf à 500,00 ng/mL
(Technique : ELFA - VIDAS Biomérieux)

NB : En présence d'une valeur de D-Dimères inférieure à un seuil dépendant de la technique utilisée (en général 500 ng/mL), l'existence d'une maladie thromboembolique veineuse profonde ou embolie pulmonaire) peut être exclue avec une valeur prédictive supérieure à 95%.

BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Automate KONELAB Thermo Scientific™)

TRANSAMINASES ASAT/GOT.....: **26** U/l 0 à 38
(Technique : Cinétique enzymatique à 37°)

TRANSAMINASES ALAT/GPT.....: **23** U/l 0 à 42
(Technique : Cinétique enzymatique à 37°)

GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE: GGT...: **62** U/l (*) Inf à 35 U/l
(Technique : Cinétique enzymatique)

C- REACTIVE PROTEINE: CRP.....: **37,00** mg/l (*) 0,00 à 6,00 mg/l
(Technique : Turbidimétrie)

**LABORATOIRE AL AMAL
D'ANALYSES MEDICALES**
Lot Sahel N° 1er Etg Had Soualem
05 22 96 31 50



Biochimie, Hématologie, Virologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie
Immunologie, Hormonologie, Toxicologie, Spermologie

Prélèvement du : 20/07/2021 à 12:21
Résultats édités le: 20/07/2021



Prescripteur: Docteur ELJADOURI NADIA

MME ZERRAD SAADIA

Dossier N° 21G242

Age: 62 ans

Page: 3/3

HEMOGLOBINE GLYQUEE- HBA1C -
(Technique HPLC sur Automate TOSOH-GX)

Résultat..... **7,8** %

Profil du patient

Sujet non diabétique
Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux
Diabète de type 2 traité par l'insuline
Patients avec insuffisance rénale chronique
Patients avec antécédents cardio-vasculaires
Diabète de type 1
Femme diabétique enceinte ou envisageant de l'être

HBA1C cible

4 à 6 %
Inf à 6,5 %
Inf à 7 %
Inf à 7,5 %
Inf à 8 %
Inf à 7 %
Inf à 6,5 %

Total de pages: 3

**LABORATOIRE AL-AMAL
D'ANALYSES MEDICALES**
Lot Sahel N° 1er Etg Had Soualem
Tél/Fax: 05 22 96 31 50