

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 canaux, 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 canaux.

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

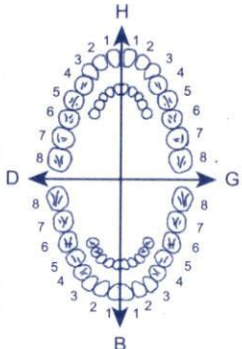
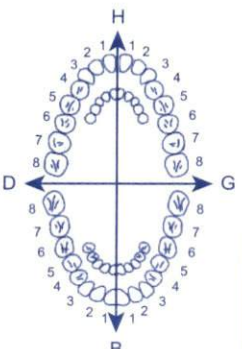
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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'ODF.

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <p style="text-align: center;">B</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مختبر التحليلات الطبية الشرفاوي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CHARFAOUI



Prélèvement du 03/08/2021

Heure Prélèv. 09:16

Matricule :



Référence : 108035445

03/08/2021

Mr. FADIL MED

Médecin: Dr. ELAMRI

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			
			Homme
Globules rouges.....:	4.25	M/mm3	(4.0 - 5.4)
Hémoglobine.....:	10.1	g/100 ml	(13 - 15.5)
Hématocrite.....:	33.3	%	(40 - 50)
V.G.M.....:	78	μ3	(80 - 95)
T.C.M.H.....:	24	pg	(27 - 32)
C.C.M.H.....:	30.3	%	(32 - 36)
Plaquettes.....:	187	Mille/mm3	(150.000 - 400.000)
Globules blancs.....:	98810	/mm3	(4.000 - 10.000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles:	10	%	(50-75)
soit.....:	9881	/mm3	(1000 - 7000)
Polynucléaires Eosinophiles:	01	%	(0-4)
soit.....:	988	/mm3	(0 - 400)
Polynucléaires Basophiles...:	00	%	(0-1)
soit.....:	0	/mm3	(0 - 100)
Lymphocytes.....:	88	%	(25-35)
soit.....:	86953	/mm3	(2000 - 4000)
Monocytes.....:	01	%	(2-8)
soit.....:	988	/mm3	(100 - 400)
AU TOTAL.....:	100		



LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
Dr. CHARFAOUI Mohamed
32 Bd My Youssef Khouribga
Tél: 05.23.49.66.49 / Fax: 05.23.49.78.94

Docteur CHARFAOUI Mohamed
Médecin Biologiste

Doctorat en Médecine : Université MOHAMED V de Rabat • Diplôme de Spécialité de C.H.U. Averouès Casablanca
Ex. Médecin Chef des Laboratoires et Transfusion de la province médicale de Khouribga • Ex. Médecin Attaché de F.A.R

Biochimie • Hématologie • Bactériologie • Immunologie • Mycologie • Parasitologie

32 Bd. Moulay Youssef - Khouribga - Tél.: 05 23 49 66 49 : الهاتف - Fax : 05 23 49 78 94 : الفاكس



مختبر التحليلات الطبية الشرفاوي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CHARFAOUI



Prélèvement du 03/08/2021

Heure Prélèv. 09:16

Matricule :



Référence : 108035445

03/08/2021

Mr. FADIL MED

Médecin: Dr. ELAMRI

EXAMENS DE SANG BIOCHIMIE

Analyses	Résultats		Normes	Antécédents
Glycemie à jeun.....:	1.18	g/l	(0,70 à 1,10)	
soit..... :	6.55	mmol/l	(3,8 - 6,2)	
PROTEINE C REACTIVE (CRP)				
(Agglutination)				
Titre	90.73	mg/l	<5	
Réaction.....:	Positive			

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
Dr CHARFAOUI Mohamed
32 Bd My Youssef Khouribga
Tél : 05.23.49.66.49 / Fax : 05.23.49.78.94



Docteur CHARFAOUI Mohamed
Médecin Biologiste

Doctorat en Médecine : Université MOHAMED V de Rabat • Diplôme de Spécialité de C.H.U. Averouès Casablanca
Ex. Médecin Chef des Laboratoires et Transfusion de la province médicale de Khouribga • Ex. Médecin Attaché de F.A.R

Biochimie • Hématologie • Bactériologie • Immunologie • Mycologie • Parasitologie

32 Bd. Moulay Youssef - Khouribga - Tél.: 05 23 49 66 49 : الهاتف - Fax. : 05 23 49 78 94 : الفاكس

LABORATOIRE CHARFAOUI D'ANALYSES MEDICALES

32, Moulay Youssef Kouribga - Tél: 023.49.66.49 - Fax: 023.49.78.94

Docteur CHARFAOUI - Médecin Biologiste -

N° 07739

Facture C

LE : 03/08/2021

Analyses effectuées le: 03/08/2021

Pour.....: **Mr. FADIL MED**

Sur prescription du: Dr ELAMRI

Code.....: 3AZ2714

Organisme.....:

Qualité du Patient :

N° du PC :

Matricule :

Bilan:

NFS=B80 CRP=B100 GLY=B30

Cotation : (B 210) + 1.5 PC = 25.00

Montant Net : 325.30 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT VINGT CINQ Dhs 30 Cts

Attijari Wafabank
N° de compte : 007 400 000000097 100088219
Agence de khouribga
N° de Patente : 42026036 ICE : 001571293000076

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
DR: CHARFAOUI MOHAMED
N°32, MOULAY YOUSSEF KHOURIBGA
TEL: 05 23 49 66 49 / FAX: 05 23 49 78 94
Laboratoire CHARFAOUI
INPE: 063001135

Médecine générale
Echographie générale
Contrôle diabète et
des femmes enceintes

07739

الفحص بالصدى
مراقبة داء السكري
والنساء الحوامل

Ordonnance

Nom et Prénom:

Fadi Nottah

- NFS

- CRP

- Test urinal

- glycémie à jeun

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
Dr CHARFAOUI Mohamed
32 Bd My Youssef Khouribga
Tél: 05.23.49.66.49/Fax 05.23.49.78.94

Dr. GHIZLANE ELAMRI
Hay Riad N°64, (Au dessus de la Banque Populaire 1er étage) - Khouribga
Tél: 05.23.49.01.28

Dr. Ghizlane ELAMRI

د. غزلان الأمري

Médecine générale
Echographie générale
Contrôle diabète et
des femmes enceintes

Mle 07739

28/12/2021

الطب العام
الفحص بالصدى
مراقبة داء السكري
والنساء الحوامل

Ordonnance

Nom et Prénom:

Faehil Rottared

7970: Tamine e

55,70 DH
Lot : K2006301
Per : 10-2023

7970

Zith

UT. AV. : 12 2022

P.P.V.

79 70

LOT N° : 1293976

09366030/4

2500

Drill

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

8500

PHARMACH NOUADRIA

Doc. en Pharmacie
76 - 78 Rue Tiroloise
Khouadria Riad Riad
Tél : (03) 99 71 33

22570

Riad N°64, (Au dessus de la Banque Populaire 1er ét)

البنك الشعبي - (الطابق الأول) - خريكة

Dr. Ghizlane ELAMRI

د. غزلان الأمري

Médecine générale
Echographie générale
Contrôle diabète et
des femmes enceintes

الطب العام
الفحص بالصدى
مراقبة داء السكري
والنساء الحوامل

Ordonnance

Nom et Prénom:

Hadi Nohar

38, 50^{α6}

Me 07739

Naltrex 100

231,00

PHARMACIE NAEDA
Mme ZNIBER Zohra
15, Rue de La Mosquée
Tél / Fax : 023 56.15.27 - Khouribga

GHIZLANE ELAMRI
Médecine Générale
Hay Riad N° 64 1er étage
Khouribga / Tél : 05 23 49 01 28

Hay Riad N°64, (Au dessus de la Banque Populaire 1er étage) - Khouribga
حي الرياض, رقم 64, (فوق البنك الشعبي - الطابق الأول) - خريكة

Tél: 05 23 49 0128

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
28/2021	c		1200H	
4/18/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/8/21	22540
	02/08/21	231,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/08/21	B210	325,30

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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.

Educations :

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- 0050414

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FADIL Mohamed

Date de naissance : 14/10/1956

Adresse : Hab. Fuelle

Tél. 0604331303

Total des frais engagés : 120,00 DH (consultation) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2021

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed

Age : 1956

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 : Khouribga

Le : 02/08/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019