

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.

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

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- 0051783

83912

☐ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2862 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : _____

Nom & Prénom : BELHABRA AHMED

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Rue 92 N°32 GPB OULFA Co-Sa

Tél. : 0667441244 Total des frais engagés : 430,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/07/21

Nom et prénom du malade : RABIAA STAILI

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 : 26/07/21

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/12/11 | C | | | Dr. RACHID Safia Pneumo-Physiologie Chu Ibn Rochd Casablanca |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|-------|------------------------------|------------------------|
| 27/12/11 | B 380 | 430 000 D | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

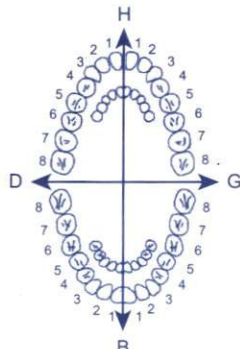
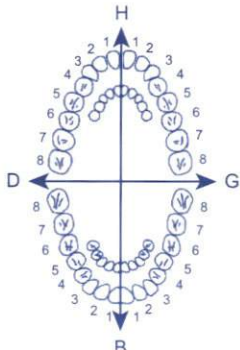
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canaux, ainsi que le bilan d

| 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

ORDONNANCE

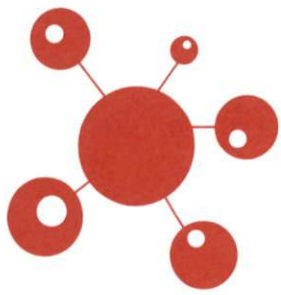
Le 26/07/21

Me Rabiaa Staili

- NFS
- CRP
- D-Dimères

LABORATOIRE ORLIO
Analyses Médicales
Dr Saïd El-HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05 22 90 90 44
N° ICE : 001628908000000

Dr RACHID Safia
Pneumo-Phtisiologie
Chc Ibn Rochd Casablanca



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 210700495

CASABLANCA le 27-07-2021

Mme Rabia STAILI

Demande N° 2107272032

Date de l'examen : 27-07-2021

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|-------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| PS | Prélèvement sang adulte | E10 | E |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0235 | D-DIMERES | B200 | B |
| 0370 | CRP | B100 | B |

Total des B : 380

TOTAL DOSSIER : 430.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente dirhams

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05 22 90 90 44
N° ICE : 001698908000008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

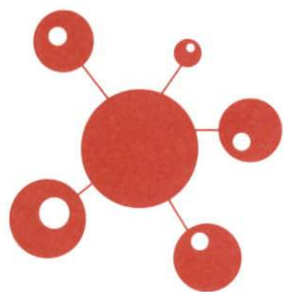
Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T P : 34044873 - I F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

A Casablanca, le Mardi 27 Juillet 2021

Dossier N° : 2107272032

Mme Rabia STAILI
CASABLANCA

Mme Rabia STAILI
Né(e) le : 08-08-1964



Prélevé le : au labo 27-07-2021 11:42

Prescription :

HEMATOLOGIE
HEMOGRAMME

Hématies :

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

RDW :

| | | | |
|-----------|------------------|-----------------------|-------|
| 4.850 | T/l | (4.100-5.400) | 4.600 |
| 4 850 000 | /mm ³ | (4 100 000-5 400 000) | |
| 13.7 | g/100 ml | (12.7-15.9) | 14.0 |
| 41.8 | % | (37.0-47.0) | 41.6 |
| 86.2 | μ3 | (81.0-99.0) | 90.4 |
| 28.2 | pg | (>27.0) | 30.4 |
| 32.8 | g/100 ml | (31.0-36.5) | 33.7 |
| 13.1 | % | (0.0-18.5) | 13.1 |

Leucocytes :

Poly. Neutrophiles :

Soit:

Poly. Eosinophiles :

Soit:

Poly. Basophiles :

Soit:

Lymphocytes :

Soit:

Monocytes :

Soit:

Plaquettes

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

| | | | |
|---------|------------------|--------------------|---------|
| 4 740.0 | /mm ³ | (4 000.0-10 500.0) | 5 860.0 |
| 67.3 | % | | 53.7 |
| 3 190 | /mm ³ | (1 800-7 300) | 3 147 |
| 0.4 | % | | 4.8 |
| 19 | /mm ³ | (30-580) | 281 |
| 0.4 | % | | 0.5 |
| 19 | /mm ³ | (0-230) | 29 |
| 24.1 | % | | 29.7 |
| 1 142 | /mm ³ | (1 100-3 340) | 1 740 |
| 7.8 | % | | 11.3 |
| 370 | /mm ³ | (300-1 010) | 662 |
| 232 000 | /mm ³ | (150 000-400 000) | 307 000 |

Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05 22 90 90 44 / Fax : 05 22 90 90 42
N° ICE : 001698908000008

2107272032 – Mme Rabia STAILI

COAGULATION

Sang total citraté

D-Dimères

(D-Dimer FIA SD BIOSENSOR nouvelle technique
depuis 20/07/20)

176.0 ng/ml (<500.0)

– Une valeur inférieure à 500 ng/ml permet d'éliminer, dans plus de 95% des cas, une thrombose veineuse profonde.

BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec, gel, héparine

CRP

(Immunoturbidimétrie)

<5.0 mg/l (<5.0)

03-05-2017

<5.0

Validé biologiquement par le Dr BIOLOGISTE Assistant

LABORATOIRE BIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAMANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tel : 05 22 99 90 84
N° ICE : 001624008200008
03