

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 070543 NS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13145

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 92 12 18 01 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-70543

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-645443

melfellah@royalarmorac.com

Optique

Autres



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : A3 115

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELFELLAH MAHMOUD

Date de naissance :

16/03/1994

Adresse :

30. LAT KONTAIBIAT, RTE MEHDIA,
SALE

Tél. : 0622121811

Total des frais engagés : 1276,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 ces 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) :



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
				INP :

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES DIAGNOSTIQUES ET URGENTES Dr Jawad KAFRAT C, Lotissement Annajah, Demua. Tel : 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11.	31.08.21	B: 1160	LABORATOIRE CENTRAL D'A MÉDICALS D'URGENCE Dr Jawad KAFRAT Bat C, Lotissement Annajah, Demua. Tel : 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11.

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	-----			G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552																			
	D	00000000	00000000																			

	B	00000000	00000000																			

	G	35533411	11433553																			
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
				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"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance

Dr. Leila GHARNATEI
Médecin Généraliste
Lot. Mabrouka - Imb 11 Appt 2
SALE - Tél: 05 37 84 55 05

Le :

28/08/2021

Nom/Prénom

Âge :

El Hrichi
Abdelkader

GR. HLDAC

- NF. feuhne

- LF.

- ur O2 ID3

SALE - Tél: 05 37 84 55 05
Lot. Mabrouka - Imb 11 Appt 2
Médecin Généraliste
Dr. Leila GHARNATEI

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0666 67 67 11

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : 210000140

INPE :



067167650

DEROUA le 31-08-2021

Mme ELHRICHI Nour El Houda

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0439	Vitamine D	B450
0163	TSH	B250
0216	Numération formule	B80
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0118	Glycémie	B30
0154	Ferritine	B250

Total des B : 1160

TOTAL DOSSIER : 1276.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent soixante-seize dirhams .

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr. Jawad ALFARAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591



Date du prélèvement : 31-08-2021 à 09:38

Code patient : 20210831012

Né(e) le : 12-03-2000 (21 ans)



Mme ELHRICHI Nour El Houda

Dossier N° : 20210831012

Prescripteur : Dr GHARANATEI LEILA

Résultats

Normes

Antécédents

HEMATOLOGIE – CYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(mindray BC5380)

LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

(cytométrie de flux)

Hématies	4.59	M/ml	(4.01–5.19)
Hémoglobine	10.9	g/dL	(11.5–14.9)
Hématocrite	34.3	%	(34.4–43.9)
VGM	74.7	fL	(74.7–94.2)
TCMH	23.7	pg	(24.4–32.1)
CCMH	31.8	%	(31.9–35.8)

LIGNEE LEUCOCYTAIRE

(cytométrie de flux)

Leucocytes		4 860 /mm ³	(4 020–11 420)
Neutrophiles	48.20	% soit	2 343 /mm ³
Eosinophiles	5.00	% soit	243 /mm ³
Basophiles	0.40	% soit	19 /mm ³
Lymphocytes	40.30	% soit	1 959 /mm ³
Monocytes	6.10	% soit	296 /mm ³

LIGNEE PLAQUETTAIRE

(impédance)

Plaquettes		336 000 /mm ³	(185 000–445 000)
------------	--	--------------------------	-------------------



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

20210831012 – Mme Nour El Houda ELHRICHI

BIOCHIMIE SANGUINE

INDICE DE LIPEMIE

LIMPIDE

INDICE D'HEMOLYSE

NON HEMOLYSE

INDICE D'ICTERE

NON ICTERIQUE

GLYCEMIE A JEUN

0.89 g/l

(0.74–1.06)

(methode enzymatique, mindray BS-240Pro)

4.94 mmol/l

(4.11–5.88)

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HBA1c)

4.9 %

(4.0–6.0)

(méthode HPLC, HLC-723-GX)

D'après l'HAS, le taux d'hémoglobine glyquée (HBA1c) dans le plasma veineux reflète l'équilibre moyen des glycémies des 3 derniers mois et se dose 4 fois par an.

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes :

- Diabète de type 1 : entre 7 et 7,5 %
- Diabète de type 2

Patient	Seuil décisionnel
Traitements par ADO Grossesse Nouvellement diagnostiqués, sans antécédent cardio-vasculaire	Inférieur à 6,5 %
Traitements par insuline Antécédent cardio-vasculaire non évolué Insuffisance rénale chronique modérée	Inférieur à 7 %
Antécédent cardiovasculaire évolué Insuffisance rénale chronique sévère Personne âgée dite « fragile »	Inférieur à 8 %
Personne âgée dite « malade »	Inférieur à 9 %

Ces chiffres communiqués par l'HAS ne sont que des indications. Pour une personne donnée, les objectifs glycémiques sont individualisés, fixés avec le médecin et réévalués dans le temps. Ils vont dépendre du type de diabète, de la nature de son traitement, de l'âge du patient et des complications et des pathologies éventuellement associées

FERRITINE

4 µg/L

(12–135)

(Immunoturbidimétrie, mindray BS-240-PRO)

HORMONOLOGIE

THYREOSTIMULINE (TSH)

2.690 mUI/l

(0.250–5.000)

(Immunofluorescence, mini vidas blue)



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

20210831012 – [[patientNomComplet]

VITAMINOLOGIE

25-(OH)-VITAMINE D (D2+D3)
(Immunofluorescence, mini vidas blue)

11.10 ng/ml

Interprétation (Recommandations GRIO 2019)

Carence	:	< à 10 ng/ml
Valeurs souhaitables pour la population générale	:	20 à 60 ng/ml
Valeurs souhaitables pour la population à risque ostéoporotique	:	30 à 60 ng/ml
Possible intoxication	:	> à 150 ng/ml

Validé par : Dr. Karrat Jawad

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11