

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 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

Déclaration de Maladie

N° W21-689266

108932

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13001 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. JERROD SAMIR
 Date de naissance : 02/11/1976
 Adresse : 3, Rue Prosper Mérimée, AL12, 2DC, Val Fleury
 Tél : 0661367423 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. FAUDUTI MAROUANE
 Médecine Générale
 Sidi Ali Lot Elghmati
 N° 5 Bis Azammour
 Tél : 06 61 40 11 11
 Date de consultation : 20/02/2022
 Nom et prénom du malade : M. JERROD SAMIR
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint
 Nature de la maladie : infirmité
 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
10/09/2012	C	1	6000	INP : 111198255 BAILLI Médecin Sidi A N° 5 Bis A Zemmour Tél : 04 71 40 14 78

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
	01.02.2012	B240	373 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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			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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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'EXECUTION

DR. BAIDOUTI MAROUANE
Médecine Générale
Sidi Ali Lot Elghmati
N° 5 Bis Azemmour
Tél : 06 61 49 14 79

le 20/02/2022 في

M. Samir JEBBAJ

- Bilan biologique -

- CRP

- NFS

- Urée

- Créatinine



DR. BAIDOUTI MAROUANE
Médecine Générale
Sidi Ali Lot Elghmati
N° 5 Bis Azemmour
Tél : 06 61 49 14 79



FACTURE N° 2202213224

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 21/02/2022

INPE : 093002574

Mr Samir JEBBAD

Demande N° 2202213224

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
Créatinine	B30
C R P (Protéine C réactive)	B100
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80
Urée	B30

Total des B : 240

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **373 DH** *

trois cent soixante-treize dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature



C





CASALAB PALMIER® LABORATORY

« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

File Number/ Dossier N° : **2202213224**
Results of/ Résultats de : **JEBBAD Samir**
Date of birth/ Date de naissance : **02/11/1976**
ID Number /N° CIN :

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Edition on/Édition du : 21/02/2022
File registered on/Dossier enregistré le:
21/02/2022

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.
Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

Leucocytes :	12,00	10 ³ /mm ³	(3,90-10,20)
Hématies :	4,88	10 ⁶ /mm ³	(4,30-5,76)
Hémoglobine :	15,30	g/dL	(13,50-17,20)
Hématocrite :	46,2	%	(39,5-50,5)
VGM :	94,7	fL	(80,0-99,0)
TCMH :	31,4	pg	(27,0-33,5)
CCMH :	33,1	g/dL	(31,5-36,0)
RDW :	13,1	%	(0,0-18,5)

Formule leucocytaire :

Neutrophiles :	47,6	%	
Soit:	5 712	/mm ³	(1 400-7 700)
Eosinophiles :	4,6	%	
Soit:	552	/mm ³	(20-630)
Basophiles :	0,7	%	
Soit:	84	/mm ³	(0-110)
Lymphocytes :	40,6	%	
Soit:	4 872	/mm ³	(1 000-4 800)
Monocytes :	6,5	%	
Soit:	780	/mm ³	(180-1 000)
Plaquettes:	271	10 ³ /mm ³	(150-450)

BIOCHIMIE

Urée:

(Test cinétique)

0,36 g/l (0,15–0,50)
6,00 mmol (2,50–8,34)

Créatinine:

(Dosage colorimétrique cinétique)

8,0 mg/L (3,0–12,0)
70,8 μ mol/l (26,6–106,2)

Protéine C-Réactive:

(Test immunoturbidimétrique)

1,3 mg/L (<5,0)

Biological validation by/ Validation biologique par : Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI