

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

- 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° W21-713374

149783

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6670 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJLI Fatma

Date de naissance : 02-01-1947

Adresse :

Tél. : 066135130

Total des frais engagés : 1430 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/05/2022

Nom et prénom du malade : Hajli Fatma Age : 75 ans

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 18/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
19/05/22	C	5		INP : 151134533
				الدكتور سامير ميسنان أخصائي الصحة العامة Dr MESSNAN SAMIR Spécialiste Santé Publique INPE : 151134533

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
	19.05.22	B1300	1430,00
INPE : 133001883			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
					MONTANTS DES SOINS []
					DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 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	

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MEKNES - TAFILALET

HOPITAL PAGNON

الدكتور مسنان سمير
أخصائي الصحة العمومية
DR MESSNAN SAMIR
Spécialiste Santé Publique
INPE : 151134533
Docteur



المملكة المغربية
وزارة الصحة

مركز الإستشفاء الجهوي
مكناس - تافيلالت

مستشفى باننيو

Meknès, le 18/07/2022

M. - Hajji Fatme (N° 6610)

Faun sur

NFS, VS, CRE

Facteur Rhéumatis

Ant CCR

EBL

TSH

Roseye

nt.d



الدكتور مسنان سمير
أخصائي الصحة العمومية
DR MESSNAN SAMIR
Spécialiste Santé Publique
INPE : 151134533

Hopital Sans Tabac
مستشفى بدون تدخين



HOPITAL PAGNON

Mode : ST - Tous

Heure: 12-05-2022 11:38

ID : 2

Nom :

Sexe :

Age :

Fiche N° :

Lit N° :

Serv. :

(14/03/22)

Paramètre	Résultat		Plage de réf.
GB	5.7	$\times 10^9/L$	4.0 - 10.0
Lymph.	1.9	$\times 10^9/L$	0.8 - 4.0
Mid.	0.4	$\times 10^9/L$	0.1 - 1.2
Gran.	3.4	$\times 10^9/L$	2.0 - 7.0
% lymph.	33.6	%	20.0 - 40.0
% mid.	7.0	%	3.0 - 14.0
% gran.	59.4	%	50.0 - 70.0
HGB	12.5	g/dL	11.0 - 16.0
GR	4.37	$\times 10^{12}/L$	3.50 - 5.50
HCT	37.8	%	37.0 - 54.0
VGM	86.7	fL	80.0 - 100.0
TMH	28.6	pg	27.0 - 34.0
CCMH	33.0	g/dL	32.0 - 36.0
IDR-CV	14.2	%	11.0 - 16.0
IDR-DS	48.5	fL	35.0 - 56.0
PLT	288	$\times 10^9/L$	100 - 300
VMP	11.0	fL	6.5 - 12.0
IDP	15.4		9.0 - 17.0
PCT	H 0.316	%	0.108 - 0.282

Expéd. :

Testeur :

Contrôleur :



CHP MOHAMED V MEKNES
HOPITAL MERE-ENFANT PAGNON
LABORATOIRE PAGNON

Données Patient

Nom

MAMAN DR MESSNAN

Sexe

Date de Naissance

Analyse réalisée par

Autres données

Type d'échantillon

SER

Date

12/05/2022

Technique	Valeur	Unités	Rang Référence	Observations
ALT	36,00	U/L	0-40	
AST	38,17	U/L	0-40	
CREATININE	9,42	mg/L	7-14	
GLUCOSE	1,33	g/L	0,75-1,1	Haut
UREA UV	0,33	g/L	0,15-0,45	

Vitesse de Sédimentation

1^{re} Heure 22 mm

2^{ème} Heure 35 mm



LABORATOIRE CHBICHEB D'ANALYSES MEDICALES

Rue Houcine Ben Ali Résid. Atlas 1er étage Appt 1

(En face de la Gare Amir Abdelkader) MEKNES

Tél : 0535.40.45.26/29 Fax : 0535.40.45.27

T.P N° 17109373 IGR N° 23002701 R.C N° 38862 CNSS N° 6111869

ICE N° 000420697000075 INPE 133001883

FACTURE

N° 2205192010

Nom Prénom : **Mme FATIMA HAJLI**

Demande N° : 2205192010



Date de l'examen : 19-05-2022

Prescripteur :

Organisme :

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0223	VS	B30	B
	Electrophorèse des protéines sériques	B150	B
	FACTEURS RHUMATOÏDES – SÉRUM	B150	B
	NF	B70	B
0370	CRP	B100	B
	TSH ultrasensible	B182	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B318	B
	AC ANTI-PEPTIDES CYCLIQUES CITRULLINES	B300	B

TOTAL B : 1300

TOTAL DOSSIER : 1430 DH

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

