

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033285

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 328 Société : Comin 18/10/22

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAIDI BATOL

Date de naissance : 13/11/53

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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° : AA-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0033285

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 :

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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.
- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 887796

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / / Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT


DECLARATION

887796

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
11/10/92	CA		Ag	
	CA		Ag	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASSAH AL KADIR Mme SMILT WADIA 9, Lot EL Kora CYM - RABAT Tél : 05 37 29 06 73 INPE : 102025772	17/10/92	604,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. ALDJOUN - BENNANI Médecin Biologiste Laboratoire Al Manal	13.10.92		242,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

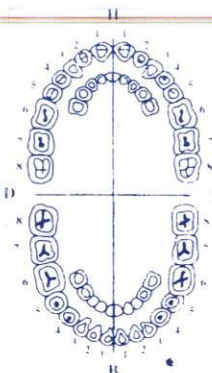
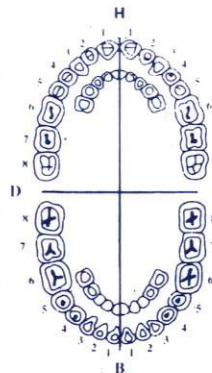
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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"/>																		
				MONTANT 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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D 00000000	00000000	G	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D 00000000	00000000	G																			
	35533411	11433553																				
	B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

le

EXERCICES

$$28,00 \times 7$$

1. Alucophos 1g

196.00

1 сраз. 1/5

in 0.3 mols

 $19,90 \times 2$

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

A 50

1

39,80

LOT: 8MA048
PER.: 10 2023

— 300H50

20 Gál
P.P.V.: 30DH50
6 118000 010845

1802/17

LOT: 19EG0014
EXP: 08 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gtl

P.P.V : 30DH50

$$30.50 \times 6$$

3.

medium

122,00

PER: 06 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 GAI

P.P.V. : 30DH53

6 1100000010045

LOT: 0140048
SER.: 102023

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gel

REV: 30DH50

6 118000 010845

32,60

exl 2 3 4

Mudol (Singh sons)

1005231-

Cachet du médecin

54.30

Σ

Rhino febril (gel)

$$T = 404,70$$
$$r_{\text{gel}} \propto 317$$

34, 50
= 404,70

LOT : 191605
UT AV: 10/2022
PPV: 14,30DH

PPV(DH): LOT N°:
UT AV:

19,90

28,00

28,00

28,00

28,00

19,90

PPV (DH) :

32,60

LOT N° :

UT. AV.:

موكسول[®]

أميروكسول

بدون سكر

ORDONNANCE

Mr/Mme

EP BATHOUK ESSAIDI

le 14/10/2022
Dr. MERGAOUI R.
Médecin Généraliste
C.S. FATH - Rabat

- GAS
- HbA1c
- Ion NFS.

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Cachet du médecin

Dr. MERGAOUI R.
Médecin Généraliste
C.S. FATH - Rabat
131154593

FACTURE

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM

Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 001775478000076

INPE: 103060950

IF: 14372610

Rabat le : 13 octobre 2022

Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

FACTURE N°	204659		
Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	
Glycémie (à jeûn)* -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 210
Prélèvements :			
Prelevement-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		242,50 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quarante Deux Dirhams et Cinquante Centimes

Dr. A. ALDJOUN / BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Dossier N° : 2259423

Ouvert le : 13/10/22

Prélèvement effectué à 11:04

Edition du : 13/10/22

Prescripteur :

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 1/2

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales (Femme Adulte)	Antériorités 07/11/2019
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----	4,23	M/mm ³	3,8 - 5,9	4,28
Hémoglobine -----	12,9	g/100 ml	11,5 - 18	12,5
Hématocrite -----	38,6	%	34 - 53	37,3
- V.G.M. -----	91	μ ³	76 - 96	
- T.C.M.H. -----	30	pg	25 - 34	
- C.C.M.H. -----	33	g/100 ml	31 - 36	
GLOBULES BLANCS				
Numération des leucocytes -----	6 530	/mm ³	3800 - 11000	8610
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----	48,5	%		
Soit :	3 167	/mm ³	1400 - 7700	
Polynucléaires Eosinophiles -----	4,0	%		
Soit :	261	/mm ³	100 - 500	
Polynucléaires Basophiles -----	0,9	%		
Soit :	59	/mm ³	< 150	
Lymphocytes -----	40,9	%		
Soit :	2 671	/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----	5,7	%		
Soit :	372	/mm ³	200 - 1000	
PLAQUETTES				
Résultat -----	353 000	/mm ³	150000 - 400000	384000

Dr. A. ALDJOUN-BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Dossier N° : 2259423

Ouvert le : 13/10/22

Prélèvement effectué à 11:04

Edition du : 13/10/22

Prescripteur :

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 2/2

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

Normales

Antériorités

Glycémie à jeun ----- : **1,33** * g/l
Soit : 7,4 mmol/l

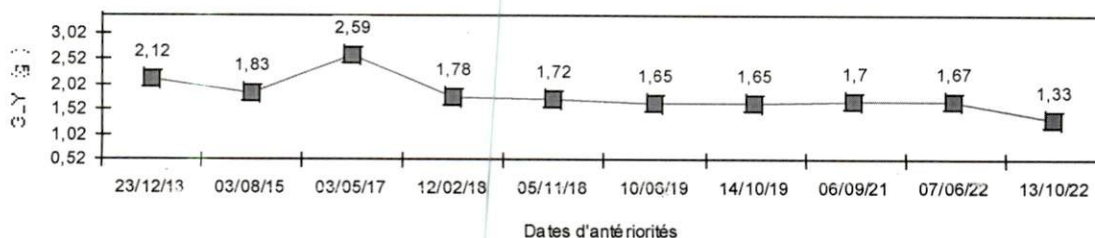
0,74 - 1,1

1,67

4,1 - 6,1

9,3

07/06/2022



Hémoglobine glycosylée ----- : **7,90** * %

4,8 - 6

7,30

4,8-6%: valeurs normales (non diabétique)

6,5%: excellent équilibre glycémique (DNID)

7%: excellent équilibre glycémique (DID)

8-10%: mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée.

>10%: équilibre glycémique médiocre, action corrective nécessaire

Dr. A. ALDOJOUN - BENHANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

