

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° W21-762560

154030

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002581 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HACHIMI - Fatima

Date de naissance : 06-06-1953

Adresse : Résidence IMRANE 5 Rue de Phénix
5ème Etg. Appartement 16

Tél : 0661141821 Total des frais engagés : 830 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Pr Abdelhamid NAJLHO
Médecine Interne
INPE 101107088

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / Age : /

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

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 : CASABLANCA Le : 05/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : /

ACCUEIL

W21-762560

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
02/02/23		9	300,00	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hôpital Universitaire Intercommunal
Mohammed VI
Pr Abdelhamid NAITLHO
Médecine Interne
INPE 101107063

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
Dr. Jamal FERKAK Radio-Diagnostique Tél: 0522 65 03 36	25.02.23	8390	530 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

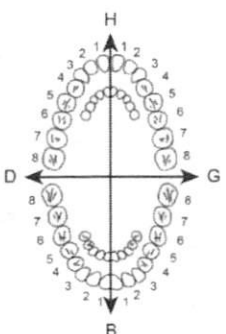
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

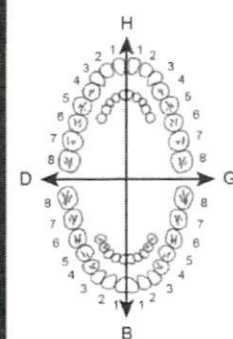
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															

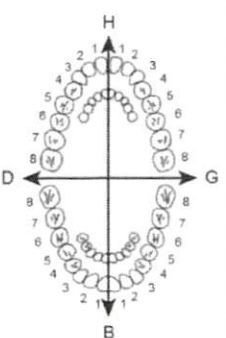
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

W21-762560

ORDONNANCE

Bouskoura, le :



2300230857 / 210325100205N.

Prénom : FATIMA

Nom : HACHIMI

DDN : 06/06/1953 E: 02/02/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT

Sexe: F

NFS

Fer seul

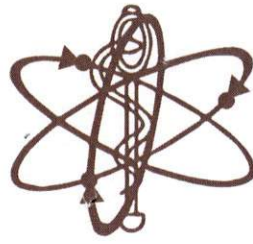
Femelle



Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Pr Abdelhamid NAITLHO
Médecine Interne
INPE 101187068

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Génétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2302250036

Mme Fatima HACHIMI

Demande N° 2302250036
Date de l'examen : 25-02-2023
Analyses :

W21-762560

Récapitulatif des analyses

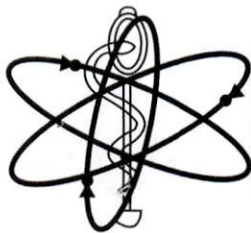
CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Fer	B60	B
	Ferritine	B250	B
	NF	B80	B

Total des B : 390

TOTAL DOSSIER : 530 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent trente dirhams DH





Mme Fatima HACHIMI

Né(e) le : 06-06-1953

Dossier N° : 2302250036

Date de l'examen : 25-02-2023

Prélevé le : 25-02-2023 10:54 en interne

Edité le : 27-02-2023

DR : Dr Abdelhamid NAITLHO

Adresse :

W 21-762560

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

04-10-2022

Leucocytes [AC]	4.90	milliers/ μ L	(4.00-10.00)	5.90
Hématies : [AC]	4.03	millions/ μ L	(3.80-5.80)	4.03
Hémoglobine : [AC]	12.8	grs/dL	(11.5-16.0)	13.4
Hématocrite : [AC]	37.6	%	(37.0-47.0)	40.1
VGM : [AC]	93.0	μ 3	(80.0-100.0)	100.0
TCMH : [AC]	31.7	pg	(27.0-32.0)	33.2
CCMH : [AC]	33.9	g/dl	(32.0-36.0)	33.3
RDW : [AC]	11.8	%	(11.0-16.0)	11.9
Polynucléaires Neutrophiles :	54.1	%		60.5
Soit:	2.65	milliers/mm ³	(2.00-7.50)	3.57
Polynucléaires Eosinophiles :	3.7	%		3.8
Soit:	0.18	milliers/mm ³	(0.00-0.50)	0.22
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%		0.5
Soit:	0.02	milliers/mm ³	(0.00-0.20)	0.03
Lymphocytes :	34.6	%		29.4
Soit:	1.70	milliers/mm ³	(1.00-4.00)	1.73
Monocytes :	7.2	%		5.8
Soit:	0.35	milliers/mm ³	(0.20-1.00)	0.34
Plaquettes : [AC]	253		(150-500)	242

BIOCHIMIE SANGUINE

04-10-2022

Ferritine [AC] (ECLIA- COBAS 6000® Roche)	67.0	ng/mL	(13.0-150.0)	54.7
---	------	-------	--------------	------

04-10-2022

Fer [AC] (Colorimétrique FerroZine- Cobas 6000® - Roche)	87.7	μ g/dl	(37.0-145.0)	92.2
	15.7	μ mol/l	(6.6-26.0)	

