

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-004441

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1399 Société : 155086

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGASSE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : / / Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAFID EP BAGASSE 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° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0004441

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, parodontologie 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° W21-769468

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1392**

Matricule : **1392** Société : **R. A. M.**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **BAGASSE Mohamed**

Date de naissance : **25-11-52**

Adresse : **Marrakech**

Tél. : **06.00.77.06.53** Total des frais engagés : **420,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **EP BAGASSE**

Date de consultation : **1**

Nom et prénom du malade : **BAHMOUZZI Hachem** Age : **62**

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

Nature de la maladie : **ACCUEIL**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **62**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

28 / 3 / 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Laboratoire INRAKHIL ANALYSES MÉDICOLOGIQUES 2, rue Monsiour Imm. de Av. Younouk 14 71 33 024 Tél: 024 14 71 33 024</p> <p>INPE : 202735</p>	10/3/23	(B3044) + B150 (B50x2) + B60 + Paris	420,00 ^{8F}

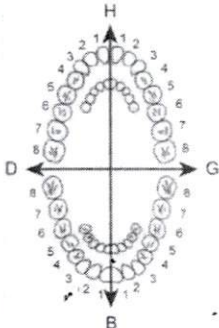
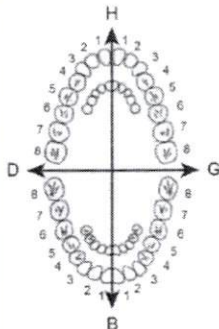
[illegible]

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"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- Centre de neurologie et neurochirurgie

• المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
• مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تفتيت الحصى
• مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل • جراحة الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري

08 mars 2023

Mme BIHMOUTEN HAFIDA

Urée - Créatinémie

Glycémie à jeun + Hb A1c

Cholestérol total + HDL et LDH

Triglycérides

Pr. HAFIDA
Service Ophtalmologie
Clinique L'Aéroport
Ophtalmologie
Assam
Med VI

Dr. Mansour NAKHIL
LABORATOIRES MÉDICALES
LOGIQUES
Mansour Nakhil
Tel: 024 44 71 35/024

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

الشراط عبد الكريم
صيدلي بيولوجي

INPE :
073002735

R.C : 36 218 - IF:69100730
I.C.E : 0016 0986 5000 024

Madame BAGASSE HAFIDA

1GG7634

PRIVE

Facture N° : 56715

Prescripteur : Docteur HAJJI IBTISSAM

Analyses Effectuées Le 10/03/2023

Prélèvements

15 dh

Glycémie (à jeun)	b : 30
Urée	b : 30
Créatinine	b : 30
Hémoglobine glycosylée	b : 100
Cholestérol total	b : 30
Cholestérol HDL	b : 50
Cholestérol LDL	b : 50
Triglycérides	b : 60

TOTAL_B : b 380

TOTAL DOSSIER : 420 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT VINGT DHS

Laboratoire NAKHIL
D'ANALYSES MEDICALES
BIOLOGIQUES
Av. Yacoub El Mansour Imm. Nakhil
Marrakech - Tél. 024 44 71 35/024

Laboratoire NAKHIL
D'ANALYSES MEDICALES
BIOLOGIQUES
Av. Yacoub El Mansour Imm. Nakhil
Marrakech - Tél. 024 44 71 35/024

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

الشراف عبد الكريم
صيدلي بيولوجي

Prélèvement du : 22/11/2021

Edition du : 10/03/2023



1GG7634

Madame BAGASSE HAFIDA

Dossier n° : KKM829389

LBM9796

Dr. NAIT EL BARJ MUSTAPHA

Page : 1/2
22/11/2021

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMÉRATION FORMULES

Globules rouges.....	4.67	M/mm3	(4.2-5.4)	4.64 : 07/07/2020
Hémoglobine.....	14.30	g/100ml	(12-16)	14.20 : 07/07/2020
Hématocrite.....	41.40	%	(35-50)	41.10 : 07/07/2020
Volumen globulaire (VGM).....	89	μ3	(83-95)	89 : 07/07/2020
Charge (TGMH).....	31	pg	(27-33)	31 : 07/07/2020
Concentration (CGMH).....	35	%	(31-36)	35 : 07/07/2020

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Globules blancs.....	7600	/mm3	(4000-10000)	8060 : 07/07/2020
Polynucléaires neutrophiles..	37.10	%	(50-75)	3055 : 07/07/2020
soit.....	2820	/mm3		3055 : 07/07/2020
Polynucléaires éosinophiles..	5.40	%	(< à 4)	371 : 07/07/2020
soit.....	410	/mm3		371 : 07/07/2020
Polynucléaires basophiles....	0.90	%	(< à 2)	97 : 07/07/2020
soit.....	68	/mm3		97 : 07/07/2020
Lymphocytes.....	48.40	%	(20-40)	3837 : 07/07/2020
soit.....	3678	/mm3		3837 : 07/07/2020
Monocytes.....	8.20	%	(2-8)	701 : 07/07/2020
soit.....	623	/mm3		701 : 07/07/2020
total.....	100			
Plaquettes.....	184000	/mm3	(150000-450000)	237000 : 07/07/2020

Laboratoire Nakhil
Dr. Abdelkrim CHARRAT
Pharmacien Biologiste