

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-801621

76448

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DRIOUECH LOTFI

Date de naissance :

19/06/65

Adresse :

47 RUE IMAM MOUSLIM OASIS

Tél. :

0661356306

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'appareil
Digestif et Chirurgie de L'anus
120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi
Tél : 0522755218

Date de consultation :

INPE: 091089946 - ICE: 001576939000021

Nom et prénom du malade :

DRIOUECH LYNA

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

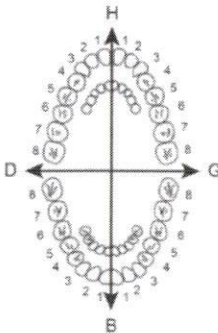
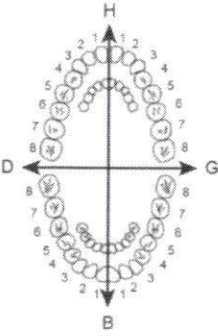
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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

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

[illegible]

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 11 piers. The piers are numbered 1 through 11, starting from the top center and moving outwards and then inwards. The top pier is labeled 'H'. The left pier is labeled 'D'. The right pier is labeled 'C'. The bottom pier is labeled 'B'.

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr: **Docteur Omar LAHLOU**
Spécialiste des Maladies de l'appareil
Digestif et Chirurgie de L'anus
120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi
Tél : 0522755218
INPE : 091089946 - ICE : 001576939000021

ORDONNANCE

Date: 18/08/2023

Nom et Prénom du patient :

elle
DRIOU ECH LYNA
Age:

- NFS
- Fonctionnel

Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'appareil
Digestif et Chirurgie de L'anus
120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi
Tél : 0522755218
INPE : 091089946 - ICE : 001576939000021





FACTURE N° 2308283158
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 28/08/2023

INPE : 093002574

Mlle Lyna DRIOUECH

Demande N° 2308283158

Récapitulatif des analyses
Analyse
Prise de sang Adulte Ferritine Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)

Total des B : 330

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **503.5 DH** *

cinq cent trois dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



C





LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2308283158**

Résultats de : **Mlle DRIOUECH Lyna**

Né(e) le : **10/09/1998 - 25 ans**

N° CIN :

Date du prélèvement : 28/08/2023 19:17. MA

Edition du : 20/09/2023 à 10:10

OUAZZANI

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< *Compte-rendu annule et remplace le rapport du 20/09/2023 à 10:09* >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

				05/06/2023
Leucocytes : (RC)	5,73	10 ³ /mm ³	(3,90-10,20)	6,14
Hématies : (RC)	4,60	10 ⁶ /mm ³	(3,90-5,20)	4,35
Hémoglobine : (RC)	12,10	g/dL	(12,00-15,60)	10,70
Hématocrite : (RC)	36,9	%	(35,5-45,5)	33,2
VGM : (RC)	80,2	fL	(80,0-99,0)	76,3
TCMH : (RC)	26,3	pg	(27,0-33,5)	24,6
CCMH : (RC)	32,8	g/dL	(31,5-36,0)	32,2
RDW : (RC)	18,5	%	(0,0-18,5)	17,1

Formule leucocytaire :

Neutrophiles : (RC)	61,0	%		71,5
Soit:	3 495	/mm ³	(1 400-7 700)	4 390
Eosinophiles : (RC)	2,1	%		0,8
Soit:	120	/mm ³	(20-580)	49
Basophiles : (RC)	1,0	%		1,0
Soit:	57	/mm ³	(0-110)	61
Lymphocytes : (RC)	27,7	%		18,6
Soit:	1 587	/mm ³	(1 000-4 800)	1 142
Monocytes : (RC)	8,2	%		8,1
Soit:	470	/mm ³	(150-1 000)	497
Plaquettes : (RC)	248	10 ³ /mm ³	(150-450)	277

Dossier n° 2308283158 – Mlle Lyna DRIOUECH





BIOCHIMIE

05/06/2023

Ferritine:

(ECLIA sur Cobas 6000)

60,0 ng/ml

(13,0-150,0)

7,0

Résultat à confronter aux données cliniques et biologiques.

Changement de technique à compter du 25/09/2021

Domaine de référence pour les adultes :

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml
Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

Domaine de référence pour les enfants :

< 1 an : de 12 à 327 ng/ml
de 1 à 3 ans : de 6 à 67 ng/ml
de 4 à 6 ans : de 4 à 67 ng/ml
de 7 à 12 ans filles : de 7 à 84 ng/ml
de 7 à 12 ans garçons : de 14 à 124 ng/ml
de 13 à 17 ans filles : de 13 à 68 ng/ml
de 13 à 17 ans garçons : de 14 à 152 ng/ml

(RC) : Résultat contrôlé

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUZZANI

