

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.



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

194786

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033771

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1247 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : THAI LIZINEB
Date de naissance : 24/02/48
Adresse : H. Agouga Nissini Roc 22 N 18 / 20
Tél : 0667678487 Total des frais engagés : 430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 19/01/24
Nom et prénom du malade : Thaili Fineb Age : 75 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Cirrhose hépatique
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 : 21/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : 

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
19/01/24				

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
<p>مختبر التحليلات الطبية</p> <p>LORATOIRE SOALY D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr. BENMABROUD</p> <p>40, Bd Brahim Roudani Maârif</p> <p>Tel: 05 22 25 78 25 / 03 22 25 39 61</p> <p>25000000 - 25000000</p>	21/01/24	Be 320	43000000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <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> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
			MONTANTS 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

19/01/24

Thoufik Tineb

DH $\left\{ \begin{array}{l} \text{Na}^+, \text{K}^+, \text{Ca}^{2+} \\ \text{urée, créat} \\ \text{AAT, ALAT} \\ \text{Albumine, CRP} \end{array} \right.$

(2)
(1)
(3)

LABORATOIRE SOULI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMELLOUD
240, Bd. Brahim Houdari Madrif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Patente: 35805014

NFS - plg
DH $\left\{ \begin{array}{l} \text{TTP} \\ \text{TCA} \end{array} \right.$

LABORATOIRE SOULI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMELLOUD
240, Bd. Brahim Houdari Madrif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Patente: 35805014

Dr. **BENMILOUD Loubna**. Médecin biologiste.
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

FACTURE N° : 240000395

CASABLANCA le 21-01-2024

Mme **THAILI Zineb**

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
DEP	DEPL A DOMICILE	E50	E
0101	Albuminémie (Méthode immunologique)	B60	B
0111	Créatinine	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0182	Urée	B30	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 320

TOTAL DOSSIER : 430.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente dirham .

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD Loubna
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Patente: 35801501

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



Dr. BENMILOUD Loubna. Médecin biologiste.
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 21-01-2024 à 11:48
Code patient : 2401210010
Né(e) le : 24-02-1948 (75 ans)

Mme THAILI Zineb
Dossier N° : 2401210010
Prescripteur :



ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum : Normal

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP) (Immunoturbidimétrie – KONELAB20 – Diasys) Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.	47.3 mg/L	(<6.0)
Urée (Dosage UV enzymatique – Konelab 30 – Thermo fisher) Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.	1.54 g/L	(0.20–0.50)
	25.66 mmol/L	(3.33–8.33)
Créatinine (Créatine Enzymatique – Respons 920 Diasys) Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.	14.3 mg/L	(6.0–11.0)
	126.5 µmol/L	(53.1–97.3)

CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMEE (formule MDRD)

(MDRD = Modification of Diet in Renal Disease)

Clairance: **38** mL/min (>60)
(Clairance de la créatinine estimée pour un patient caucasien)

Classification de la maladie rénale chronique :

- G1 : Clairance normale : > ou = à 90mL/min
- G2 : Clairance légèrement abaissée : 60–89mL/min
- G3a : Clairance légèrement abaissée à modérément abaissée : 45–59mL/min
- G3b : Clairance modérément à sévèrement abaissée : 30–44mL/min
- G4 : Clairance sévèrement abaissée : 15–29mL/min
- G5 : Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min.

Albumine sérique (BCG– Konelab 30 – Thermo fisher)	36 g/L	(35–52)
Transaminases GPT (ALAT) (ALT IFCC – Konelab30 – Thermo fisher)	10 UI/L	(0–35)
Transaminases GOT (ASAT) (AST IFCC– Konelab 30 – Thermo fisher)	13 UI/L	(0–40)

Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**