

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1144

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : RADHI KHEIRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0598365039

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

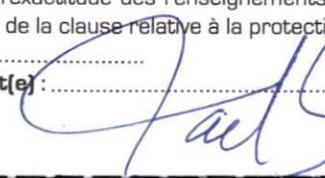
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

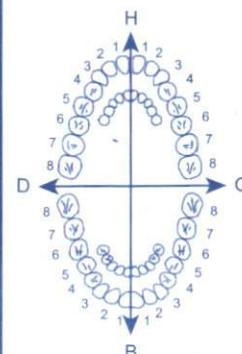
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = 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 kinésithérapeute
- 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaques comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



MUPRAS

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

FEUILLE DE SOINS 898438

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *RADHI Kheya*

Matricule : *1144* Fonction : *Retraitee* Poste : *Per*

Adresse : *19 Rue AGHMI HAY EL HANGASSOUNA*

Tél. : *0521 365032* Signature Adhérent : *Radhi*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Bengakour Iskra* Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *26/09/15*

Nature de la maladie : *Doulou du genou gauche*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A *CASA* le *26/09/15* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : *1144* 898438 MUPRAS

Nom du patient : *RADHI*

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes : *2875,00*



RELEVE 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
26/03/2013	C	1	10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LA POMERIA Centre d'Analyses D'Anjou Quartier 48 13 51 86 - Casablanca</i>	27/09/15	B 200.00 B 15	275.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">H</th><th style="width: 50%;">G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">D</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> </tbody> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	D	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	D														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B	B														

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED - S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Hocine - Casablanca

122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste

Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon

D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 28 septembre 2019

Mme BENZAKOUR KHEIRA

FACTURE N° 19826

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Taux de Prothrombine (sans INR) -----	B	40	
Temps de saignement (DUKE) -----	B	30	
Temps de céphaline activée -----	B	40	
Glycémie (a jeun) -----	B	30	
Hémoglobine A1c Glycosylée -----	B	100	
Triglycérides -----	B	60	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL + LDL -----	B	80	
Acide urique sanguin -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine sanguine -----	B	30	
Ferritine -----	B	250	
Transaminases -----	B	100	
Gamma Glutamyl Transférase -----	B	50	
Vitamine D2-D3 (25 OH D) -----	B	400	
Groupe sanguin -----	B	60	
Thyrostimuline (TSH us) -----	B	200	
Thyroxine libre (T4L) -----	B	210	
Clairance de la créatinine -----	B	50	
Microalbuminurie de 24 heures -----	B	80	Total : B 2000

Prélèvements :

Sang----- | Pc | 15 |

TOTAL DOSSIER | 2 875,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Huit Cent Soixante Quinze Dirhams

LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd d'Anfa Quartier Racine
Tél. 05 22 48 13 51 / 86

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION**

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

					Antériorités
Hématies	:	4,67	M/mm ³		<u>26/07/2018</u>
Hémoglobine	:	13,2	g/dl	4 - 5,4	4,77
Hématocrite	:	41	%	11,5 - 16	13,5
V.G.M.	:	87,2	μ3		
C.C.M.H.	:	32,4	%	80 - 100	
T.C.M.H.	:	28,3	pg	30 à 36	
Leucocytes	:	5 870	/mm ³	27 à 32	
				4000 - 10000	7400
FORMULE LEUCOCYTAIRE					
P. neutrophiles	:	54,8	%	soit	
P. éosinophiles	:	3,6	%	soit	3 217 /mm ³
P. basophiles	:	0,7	%	soit	211 /mm ³
Lymphocytes	:	34,8	%	soit	41 /mm ³
Monocytes	:	6,1	%	soit	2 043 /mm ³
Plaquettes	:	227 000	/mm ³	soit	358 /mm ³
				150000 - 500000	232000
VITESSE DE SEDIMENTATION					
1 ^{ere} heure	:	14	mm		
2 ^{nde} heure	:	29	mm	< 10	10
				< 20	20

HEMOSTASE

TAUX de PROTHROMBINE (Automate SATELLITE -STAGO)	:	79	%	
				70 à 100

TEMPS DE SAIGNEMENT	:	4,0		
				N < 5 minutes

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (TCA) (Automate SATELLITE-STAGO)			Antériorités
Sujet	:	30	sec.

30 à 36

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES ET DE BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Antériorités

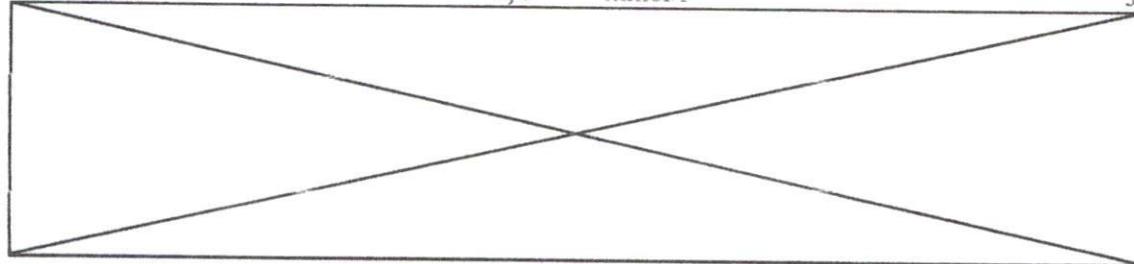
TCA Témoin : 30 sec

Ratio TCA Patient/Témoin : 0,99 < 1,20

BIOCHIMIE

Antériorités

GLYCEMIE A JEUN	: 0,97	g/l	0,70 à 1,10	0,97
(Cobas C6000)	: 5,4	mmol/l	3,89 à 6,11	5,4

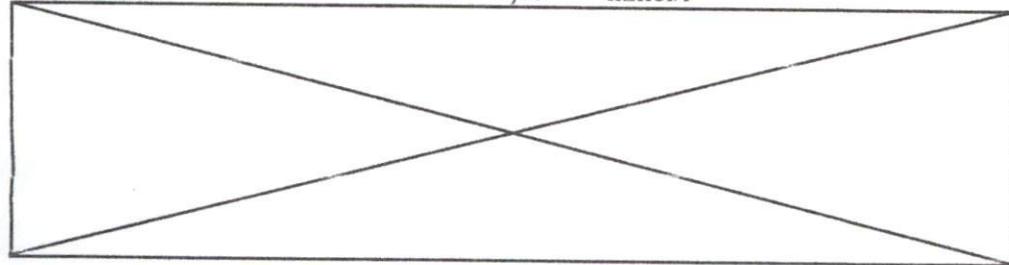


HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE : 5,3 % HbA1c
(Automate Coba E6000))

11/11/2014
5,0

Antériorités

TRIGLYCERIDES	: 0,94	g/l	0,60 à 1,50	1,43
(Cobas C6000)	: 1,07	mmol/l	0,70 à 1,70	1,63

**Dr Jalil ELMANJRA****Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

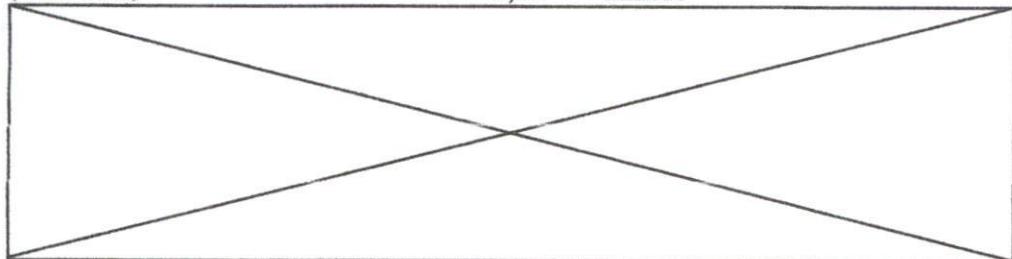
Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Antériorités

CHOLESTEROL TOTAL (Cobas C6000)	: 1,68 : 4,33	g/l mmol/l	1,50 à 2,00 3,87 à 5,20	1,76 4,54
------------------------------------	------------------	---------------	----------------------------	--------------



CHOLESTEROLS HDL - LDL

CHOLESTEROL HDL (Cobas C6000)	: 0,44 : 1,14	g/l mmol/l	> 0,40 > 1,03	0,47 1,21
CHOLESTEROL LDL (Cobas C6000)	: 1,05 : 2,71	g/l mmol/l	< 1,60 < 4,12	1,00 2,58
Facteur de Risque Athérogène	: 4,9		N < 5,0	3,7

ACIDE URIQUE (Cobas C6000)	: 62 : 369	mg/l μ mol/l	30 à 62 178 à 368	58 345
UREE (Cobas C6000)	: 0,31 : 5,16	g/l mmol/l	0,15 à 0,50 2,49 à 8,32	0,25 4,16
CREATININE (Cobas C6000)	: 7,2 : 64	mg/l μ mol/l	6 à 13 54 à 117	6,1 54

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

REPRODUCTION

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Antériorités

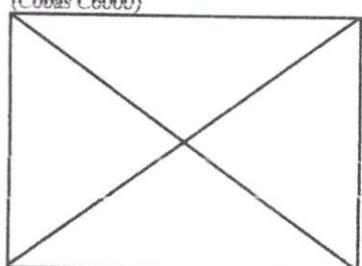
FERRITINE

(Cobas C6000)

: 96,40 $\mu\text{g/l}$ 20/07/2017

F 15-150 H 30-220

100,40

**ENZYMOLOGIE****TRANSAMINASES**

SGOT/ASAT

(Cobas C6000)

: 21 UI/l

< 37

24

SGPT/ALAT

(Cobas C6000)

: 15 UI/l

< 40

14

GGT Gamma Glutamyl Transférase : 24 UI/l

< 55

26

VITAMINES**VITAMINE D2-D3**

(25 OH-Vitamin D2-D3)

: 43,4 $\mu\text{g/l}$ 26/07/2018

36,2

Valeurs usuelles > 30 $\mu\text{g/l}$ Insuffisance 10 - 30 $\mu\text{g/l}$ Carence < 10 $\mu\text{g/l}$ **Dr Jalil ELMANJRA****Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Transmission par mail.
Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA
Dossier N° : 19583072
Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

IMMUNO HEMATOLOGIE

GROUPAGE SANGUIN (ABO, Rh)

GROUPE	:	O	Antériorités
RHESUS	:	Positif.	

BILAN THYROIDIEN

THYREOSTIMULINE (TSH us) (Automate Cobas C6000)	:	2,96	μ UI/ml	0,25 à 4,2	2,23
<i>Nouvelles normes en 2019 pour la TSH Si Grossesse (1er Trim) 0,25 à 2,5</i>					
THYROXINE LIBRE (T4L) (Automate Cobas C6000)	:	13,99	pmol/l	12 à 22	<u>19/10/2012</u> 16,03

BIOCHIMIE URINAIRE

CLAIRANCE DE LA CREATININE

CREATININE (Cobas C6000)	:	7,2	mg/l	6 à 13	<u>26/07/2018</u>
	:	64	μ mol/l	54 à 117	6,1 54

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Jalil ELMANJRA

Pharmacien biologiste

Ancien assistant des hôpitaux de Dijon - France



Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Besançon - France

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 30/09/19

Page N° 6/7

BILAN THYROIDIEN

Antériorité

THYREOSTIMULINE (TSH us) : 2,96	μUI/ml	0,25 à 4,2	2,23
(Automate Cobas C6000)		<u>Nouvelles normes en 2019 pour la TSH</u>	
		Si Grossesse (1er Trim) 0,25 à 2,5	

THYROXINE LIBRE (T4L) : 13,99	pmol/l	12 à 22	19/10/12
(Automate Cobas C6000)			16,03

BIOCHIMIE URINAIRE

CLAIRANCE DE LA CREATININE

DIURESE : 800	ml	
(Sous réserve d'un bon recueil urinaire)		
DEBIT : 0,56	ml/mn	

CREATININE : 7,2	mg/l	6 à 13	Antériorité
(Cobas C6000) : 64	μmol/l	54 à 117	26/07/18

Créatinine urinaire de 24 h : 1 312	mg/l	900 à 2000
(Dosage Enzymatique) : 1 050	mg/24 h	

Clairance de la CREATININE : 102	ml/mn	100 à 140
----------------------------------	-------	-----------

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 30/09/19

Page N° 7/7

DIURESE : 800 ml

(Sous réserve d'un bon recueil urinaire)

Antériorité

Micro ALBUMINURIE de 24 h : 2 mg/l

: 2 mg/24 h

20/07/17

2

2

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER