

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° W19-504173

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0651200384

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/3/2020

Nom et prénom du malade : ZOUGGARI RADIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : L'hypercholestérolémie

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) :

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
11/12/2020	C2	C2		INP 0911031807

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

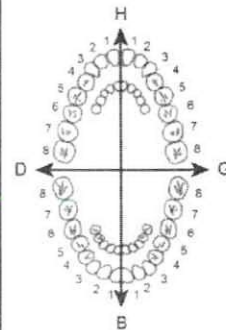
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/10/2020	203,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

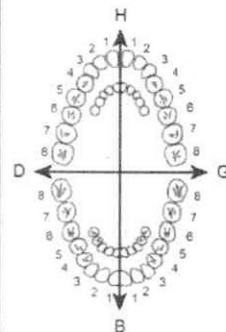
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse

Ex Enseignante à la Faculté

de Médecine Casablanca

INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

41 31 20 20

Zouggari Radia

NFS

- MRE

- Gestion

Mme ZOUGARI Radia

F 00-00-0000

2003043132



04-03-2020

00:00

AVIC
SUR-ORDONNANCE
HACHIM



Docteur Dr. Khadija Hachim
Professeur de Néphrologie et Hémodialyse
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard
Tél: 05 22 23 38 35 / 36 - Fax: 05 22 99 49 92
05 22 99 49 93

FACTURE N° 2003043132

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 04-03-2020

INPE : 093002574

Mme Radia ZOUGARI

Demande N° 2003043132

Date d'examen : 04/03/2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total des B : 140

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **203.00 DH** *
deux cent trois dirhams



C

Dossier N° : **2003043132** Patient N° : 1909133098
Résultats de : **Mme Radia ZOUGARI**
Né(e) le : -
N° CIN :
CENTRE AVICE
20000 CASABLANCA

0.00

AVICE Dr ATLASSI Centre Dialyse Avicenne
05.22.99.49.93

Prélèvement du 04/03/2020 à (heure non communiquée) par 020EXTERNE

< Compte-rendu complet validé techniquement par : ZK >

Madame Le Pr KHADIJA HACHIM
(Néphro)
Agle Bd 9 Avril Palmier Rue Mansard
20000 CASABLANCA
05.22.99.49.93

Edition du : 06-03-2020 à 10:35
Dossier enregistré le 04-03-2020 11:45 par BEN

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

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

13/09/2019

Leucocytes :	8,250 $10^3/mm^3$	12,540
Hématies :	3,720 $10^6/mm^3$	5,640
Hémoglobine :	10,50 g/dL	13,20
Hématocrite :	28,8 %	37,8
VGM :	77,4 fL	67,0
TCMH :	28,2 pg	23,4
CCMH :	36,5 g/dL	34,9
RDW :	13,2 %	20,5
Neutrophiles :	56,9 %	63,7
Soit:	4 694 /mm ³	7 988
Eosinophiles :	1,5 %	1,0
Soit:	124 /mm ³	125
Basophiles :	0,7 %	0,7
Soit:	58 /mm ³	88
Lymphocytes :	33,6 %	24,5
Soit:	2 772 /mm ³	3 072
Monocytes :	7,3 %	10,1
Soit:	602 /mm ³	1 267
Plaquettes:	309 $10^3/mm^3$ (150-500)	259

Dossier n° 2003043132 - Mme Radia ZOUGARI



BIOCHIMIE

Métabolisme des protides

Urée
(TEST CINETIQUE.)

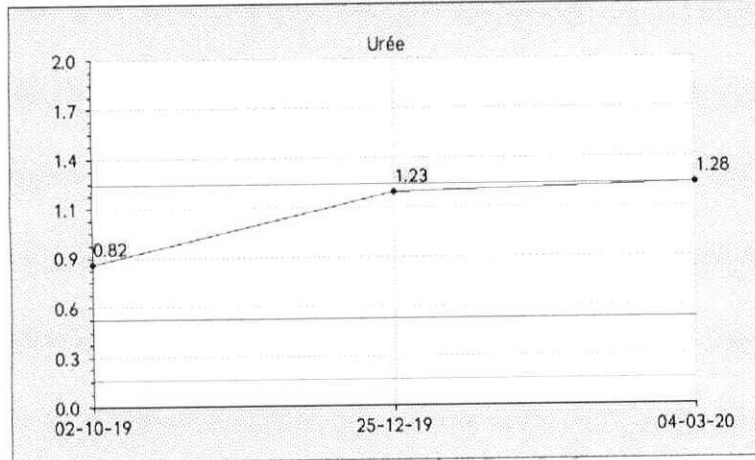
1,28 g/l
21,34 mmol

(0,15-0,50)
(2,50-8,34)

25/12/2019

1,23

20,50



Créatinine
(Dosage colorimétrique cinétique)

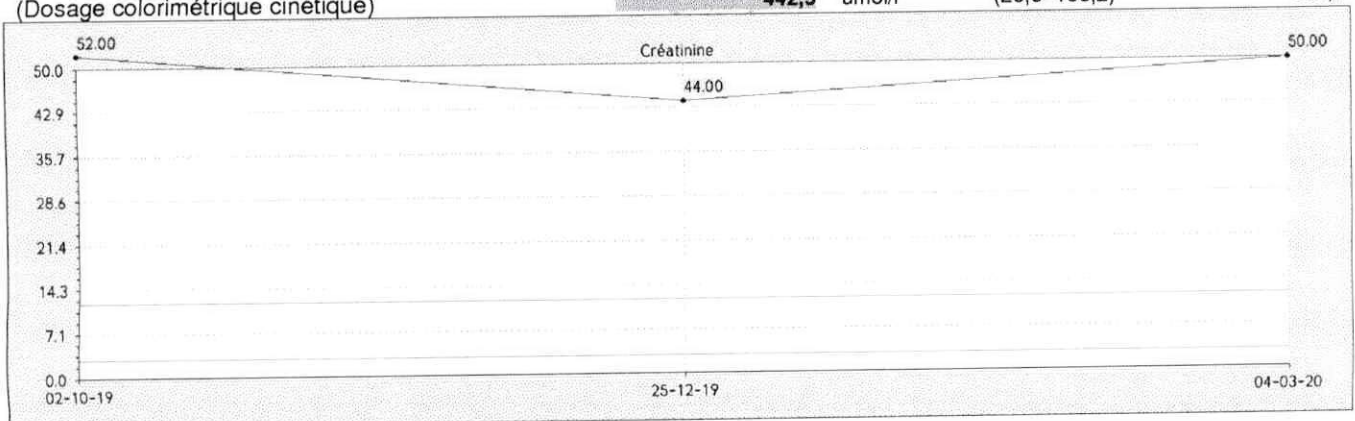
50,0 mg/L
442,5 umol/l

(3,0-12,0)
(26,6-106,2)

25/12/2019

44,0

389,4



Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUAZZANI Le Dr M. BEZZARI

Dossier n° 2003043132 de Mme Radia ZOUGARI