

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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-435833

SN Orsach

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12511 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAACH SAÏF EDDINE
 Date de naissance : 28/09/1986
 Adresse : BOE MILIA RESIDENCE DU PARC APPT 44
 MOHAMMEDIYA
 Tél. : 06 61 14 66 98 Total des frais engagés : 640 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2022
 Nom et prénom du malade : MAACH Saïf
 Age : 01/08/22
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Pharynx
 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 : 19/10/2022

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
09/09/22		2	300,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
	08-09-22		310,00

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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Hicham BOUACHRINE

CHIRURGIEN PEDIATRE

Chirurgie Viscérale - Urologie
Traumato-Orthopédie - Circoncision

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

Ancien Attaché des Hôpitaux de Nancy, Rennes et Paris

Membre titulaire de la Société Française
de chirurgie pédiatrique

الدكتور هشام بوعشرين

إختصاصي في جراحة الطفل و الرضيع

جراحة الجهاز الهضمي، المسالك البولية، العظام و الكسر، الحتان
خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات نانسي، رين وباريس بفرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة الأطفال



Casablanca, le

09.09.22

MAACH

JAN

TP. Tck

N.F.J

Gpe

ج. ج

Docteur Hicham BOUACHRINE
CHIRURGIEN PEDIATRE
79, Angle Bd d'Anfa et Rue Jaber Ibnou Hayane
4ème étage - Casablanca
En face Commune Sidi Belyout
Tél : 05 22 48 48 77
INPE : 05 61 19 28 00



79، اقامة البيضاء أنفا - زاوية شارع أنفا وزنقة جابر بن حيان - الطابق الرابع (أمام الجماعة الحضرية سيدي بليوط) - الدار البيضاء

79, Résidence Casa Anfa - Angle Bd. Anfa et rue Jaber Ibnou Hayane - 4ème étage (En face Commune Sidi Belyout) - Casablanca

الهاتف: 05 22.48.77 - Tél.: 05 22.48.77 - المستعجلات: 06 61.19.28.00 - Urgences

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED
Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICE: 001855144000069

Pat: 39574999

IF: 20719572

INPE



FACTURE N° : 220900339

N. né MAACH JAD
2209090112

MOHAMMEDIA le 09-09-2022

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B
	GROUPAGE	B80	B
	TP PROTHROMBINE	B40	B

Total des B : 240

TOTAL DOSSIER : 340.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quarante dirham s.





LABORATOIRE
CENTRAL

المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

المحمدية - (في اتجاه باب القصة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

Date du prélèvement : 09-09-2022 à 17:54

Code patient : 2209090112

Né(e) le : 01-08-2022 (1 mois 9 jours)

Edition du : 10-09-2022

INPE



093002509

N. né MAACH JAD

Référence : 2209090112

Prescripteur : Dr HICHAM BOUACHRINE

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUIN

(Cytométrie en flux Sysmex XT-1800i)

GLOBULES ROUGES	4.07	M/mm3	(3.40-4.60)
Hémoglobine	12.70	g/dl	(12.00-16.50)
Hématocrite	38.00	%	(37.00-49.00)
VGM	93	μ3	(98-112)
TCMH	31	pg	(33-37)
CCMH	33	g/100ml	(30-36)
GLOBULES BLANCS	10 690	/mm3	(7 200-19 200)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Poly. Neutrophiles	9.80	%	
Soit:	1 048	/mm3	(2 000-7 500)
Poly. Eosinophiles	3.30	%	
Soit:	353	/mm3	(100-600)
Poly. Basophiles	0.30	%	
Soit:	32	/mm3	(0-150)
Lymphocytes	77.40	%	
Soit:	8 274	/mm3	(4 000-11 000)
Monocytes	9.20	%	
Soit:	983	/mm3	(200-1 300)
Total	100	%	

NUMERATION DES PLAQUETTES

PLAQUETTES
FROTTIS SANGUIN

529 000 /mm3 (150 000-400 000)
Neutropénie, légère thrombocytose

www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمان السريغيني (في اتجاه القصة) - المحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88