

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.

Education :

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.

Maladie chronique :

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.

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° P19-0029207

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8646 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Fariss Tamou

Date de naissance : 13/02/1969

Adresse : Hay Anigrit Rue 27 n° 284

Tél. : 0663147914 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 32 / 08 / 2019

Nom et prénom du malade : 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-140571	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-140571

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8676
Nom & Prénom <u>Fariss Tamou</u>		
Fonction :	Phones <u>0663147910</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Wail</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>21</u>	Date <u>30/8/19</u>
Nature de la maladie <u>Dr. Elhizy</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>U</u>	<u>1</u>	<u>150</u>
PHARMACIE		Date <u>30/8/19</u>
Montant de la facture		
<u>119.40</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients <u>B80 + E</u>	Montant détaillé des Honoraires <u>127,20 F</u>	
LABORATOIRE ELAMRAH Dr. Jamila ELAMRAH - Médecin Biologiste Bd. Mohamed Braouane, Rés. Bled Lammams, 1° Etage N° 1 Moulay Rachid - Casablanca E-mail : laboelam@gmail.com Tél/Fax : 05 22 72 12 02		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Abdellatif LOUGHZAIL

Lauréat Centre Hospitalo

Universitaire Ibn Rochd

DIABÉTOLOGIE

Electrocardiogramme

ECHOGRAPHIE

Suivi de grossesse

Médecin Assermenté auprès des Tribunaux

Médecine Générale

الدكتور عبد اللطيف لوزايل

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

أمراض السكري

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص بالصدى

مراقبة الحمل

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

Casablanca, le : 30/18/19 : الدار البيضاء في :

M² KETAB wout

45.00

No que fut



3/19

Pharmacie Al Manar
Mme Laaj K. M.
1, Angle Bd. F. M.
Rue Méd. Casablanca
Maroc
Tél / Fax: 05 22 52 00 70

Tributor 100

3/19

10,30

Dolipne 500

3/19

64,10

Axi 15

19.40

مجموعة 2 زففة 2 رقم 24, حي مولاي رشيد, البيضاء - الهاتف : 05 22 71 55 97 / المتنقل : 06 61 21 77 33
Groupe 2, Rue 2, N° 24 Hay Moulay Rachid - Casablanca - Tél.: 05 22 71 55 97 - Portable : 06 61 21 77 33

الدكتور عبد اللطيف لوزايل
Mme Laaj K. M.
1, Angle Bd. F. M.
Rue Méd. Casablanca
Maroc
Tél / Fax: 05 22 52 00 70

LOT : 8MA062
PER : 10/2021

ND - SPA FORTE 80MG
CP B20

P.P.V : 45DH00



PPV:10DH30
PER:06/21
LOT:H1164

AXIMYCINE®

14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 86008 8
EXP 09/2020

Dr. Abdellatif LOUGHZAIL

Lauréat Centre Hospitalo
Universitaire Ibn Rochd
DIABÉTOLOGIE

Electrocardiogramme

ECHOGRAPHIE

Suivi de grossesse

Médecin Assermenté auprès des Tribunaux

Médecine Générale

الدكتور عبد اللطيف لغزail

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

أمراض السكري

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص بالصدى

مراقبة الحمل

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

Casablanca, le : 30/08/2019: الدار البيضاء في:

لواء كيتاب

NFS, aurgence.

Mr KETTAB Wail
20-03-1998



1908580018

الدكتور عبد اللطيف لغزail
Dr. Abdellatif LOUGHZAIL
Médecine Générale
Echographie - Diabétologie
Groupe 2, Rue 2, N° 24 Hay Moulay Rachid
Tél: 05 22 71 55 97 - 06 61 21 77 33
INPE: 091095364



LABORATOIRE ELAMRANI D'ANALYSES MEDICALES

Bd Mohamed BOUZIANE, Rés Bled Lkhir 13, 1er étage, N°1 Hay Moulay Rachid – CASABLANCA

Patente : 322750586 – INPE : 093062222 – IF : 26075695 – ICE : 002124485000049

Tél : 05 22 727 202

FACTURE N° : 190800113

CASABLANCA le 30-08-2019

Mr KETTAB Wail

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 127.20 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt-sept dirhams vingt centimes.

LABORATOIRE ELAMRANI
Dr. El Amrani Mohamed Biologiste
Bd Mohamed BOUZIANE, Rés Bled Lkhir 13, 1er étage
N°1 Hay Moulay Rachid - Casablanca
Tél: 05 22 727 202

Dr Jamila ELAMRANI

Médecin Biologiste Lauréat de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat
DU en Management de la Qualité
de l'université de Bordeaux - France



د. جميلة العمراني

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
دبلوم جامعي في إدارة الجودة
من جامعة بوردو - فرنسا

Date du prélèvement : 30-08-2019 à 12:28

Code patient : 1908300010

Né(e) le : 20-03-1998 (21 ans)

Mr KETTAB Wail

Dossier N° : 1908300010

Prescripteur : Dr LOUGHZAIL Abdellatif



HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(Sysmex Xs 1000)

Lignée érythrocytaire

Hématies	5.11	M/mm ³	(4.00-5.00)
Hémoglobine	15.8	g/dL	(13.0-17.0)
Hématocrite	45.3	%	(40.0-50.0)
VGM	89	fl	(82-97)
TCMH	31	pg	(27-32)
CCMH	35	g/L	(33-36)

Lignée leucocytaire

Leucocytes totaux	8 200	/mm ³	(4 000-10 000)
Neutrophiles	71 %	soit 5 822 /mm ³	(2 000-7 500)
Eosinophiles	1 %	soit 82 /mm ³	(100-400)
Basophiles	0 %	soit 0 /mm ³	(0-150)
Lymphocytes	21 %	soit 1 722 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	7 %	soit 574 /mm ³	(200-800)

Lignée plaquettaire

Plaquettes	198 000	/mm ³	(140 000-440 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.8	fl	(7.0-11.0)

Interprétation

NFS contrôlée sur frottis sanguin

Dr Jamila ELAMRANI

