

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-443089

Colleur

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4884 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI Fouad
 Date de naissance : 1942
 Adresse : BP 5933 Poste HARTOURA 12040 TEMARA
 Tél. : 0661-470352 Total des frais engagés : 963,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : M.D. M. Moloto الدكتور مولوتو
 الجراحة العامة والتخصص
 Chirurgie Générale et Pédiatrique
 Clinique Tahlalet Errachidia
 Tél 0535574321 GSM 0661796647

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04.09.2019
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI Fouad
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HBP
 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 : HARTOURA Le : 04/09/19
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-443089

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4884
 Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI Fouad
 Total des frais engagés : 963,00
 Date de dépôt :

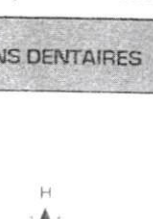


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04.09.19	G	1	Geste	INP: 107 1135 95
			M.U.Dr. M. Mcloto	
			الطبيب مملو	
			الطبيب العام	
			Gouroung Général	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
12/09/19	200	963,00
	25	

[illegible]

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533412</td> <td style="text-align: left;">01433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D —————</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533412</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		35533412	01433553	00000000	00000000	D —————	G	00000000	00000000	35533412	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
35533412	01433553																	
00000000	00000000																	
D —————	G																	
00000000	00000000																	
35533412	11433553																	
B																		
				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

M.U.Dr. Mokhtar Molato

Diplômé des facultés de médecine
de Prague, Munich et Vienne
Chirurgie Viscérale, Gynécologique,
Vasculaire, Traumatologique,
Pédiatrique Néonatale et des
Malformations Congénitales

الدكتور مختار مولاطو

خريج كلية الطب بجامعة - براغ
مونيخ وفينا
جراحة البطن، أمراض النساء، الشرايين، العظام
جراحة الأطفال المولدية والتشوهات الخلقية

الراشدية في: 04 09 19 Rachidia, le :

M. Maaniffou
Bilan
NFS, Glycémie, Acide urique
Triglycérides, Cholesterol Total
HDL, LDL,
Transaminases, PSA.

LABORATOIRE DU MAGHREB
3, Rue Hassan 1er
Tél: 05 37 72 60 93 / 73 05 09
Fax: 05 37 73 06 02 - Rabat
L.N.P 103001921

M.U.Dr.M.Molato الدكتور مختار مولاطو
العيادة العامة والأطفال
Chirurgie Générale et Pédiatrique
Clinique Toulalén Errachidia
Tél 05 35 57 43 21 GSM 06 61 79 66 47



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
, ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUDA



5, Rue Hussein 1^{er} RABAT - Tél. : 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

I.F. : 34108750

I.N.P.: 103001921

C.N.S.S. : 145 4975

ICE : 001649487000043

Facture N° :	21909120016	Edité le : 12/09/2019
Nom / prénom :	MAAROUFI Fouad	Prélevé(e) le : 12/09/2019
Nom de l'assuré:		Numéro d'Adhérent
Prénom Assuré:		Lien de parenté
		Numéro Prise en Charge

FACTURE

Libellé analyse	Libellé analyse
ASPECT DU SERUM CHOLESTEROL TOTAL GLYCEMIE TRANSAMINASE G.P. CHOLESTEROL LDL PLAQUETTES TRIGLYCERIDES	ACIDE URIQUE FORMULE LEUCOCYTAIRE TRANSAMINASE G.O. CHOLESTEROL HDL HEMOGRAMME ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTA
Montant du prélèvement	25.00 Dh
Montant total du dossier	963.00 Dh
Montant dû par le patient	963.00 Dh
Montant déjà réglé	0.00 Dh
Montant reste dû	963.00 Dh

Cachet du laboratoire :

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1^{er}
Tél.: 05 37 72 66 93 / 73 05 09
Fax: 05 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P 103001921

TRIGLYCERIDES_____	1.56 g/l	(VR:0.50 à 2.00)	13/11/2018 : 1.12
Colorimétrie enzymatique à 37°C	1.78 mmol/l	(VR:0.57 à 2.28)	
CHOLESTEROL TOTAL_____	2.74 g/l	(VR:1.40 à 2.40)	13/11/2018 : 2.53
Colorimétrie enzymatique à 37°C	7.07 mmol/l	(VR:3.61 à 6.19)	
CHOLESTEROL H.D.L._____	0.36 g/l	(VR: > à 0.40)	13/11/2018 : 0.36
	0.93 mmol/l	(VR: > à 1.03)	
Cholestérol TOTAL / HDL_____	7.61	(VR: < à 4.90)	7.03
CHOLESTEROL L.D.L._____	2.07 g/l	(VR: < à 1.50)	13/11/2018 : 1.95
Calcul selon la formule de Friedewald	5.34 mmol/l	(VR: < à 3.87)	

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES ASAT-TGO	22 U/l	(VR:5 à 35)	13/11/2018 : 21
Enzymologie			
TRANSAMINASES ALAT-TGP	19 U/l	(VR: < à 55)	13/11/2018 : 24
Enzymologie			

MARQUEURS ANTIGENIQUES

ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE

P.S.A._____	5.12 ng/ml	(VR: < à 4.00)	13/11/2018 : 4.50
Immuno Enzymo Microparticulaire			

RAPPORT COMPLET

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INPE - 107164048
Laboratoire du Maghreb



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUDA



5, Rue Hussein 1^{er} RABAT - Tél. : 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

Prélevé le : 12/09/2019 Edité le : 12/09/2019
Dossier N° : 2190912-0016

Mr MAAROUFI Fouad

Patient né(e) le : 21/01/1940 Sexe: M

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération globulaire

HEMATIES	5.34	Millions/mm3	(VR:4.50 à 6.50)	08/01/2018 : 5.40
Hémoglobine	15.7	g/100ml	(VR:13.0 à 18.0)	15.9
Hématocrite	46.4	%	(VR:41.0 à 55.0)	46.9
VGM	86.9	μ3	(VR:76.0 à 96.0)	86.9
TGMH	29.4	pcg	(VR:27.0 à 32.0)	29.4
CGMH	33.8	%	(VR:32.0 à 36.0)	33.9
LEUCOCYTES	7.6	Milliers/mm3	(VR:4.1 à 11.1)	08/01/2018 : 7.2

Formule leucocytaire

Poly. Neutrophiles	48.8	%	3 709 /mm3	(VR:2 000 à 7 500)	3 996
Poly. Eosinophiles	2.4	%	182 /mm3	(VR: < à 400)	137
Poly. Basophiles	0.4	%	30 /mm3	(VR: < à 150)	43
Lymphocytes	42.6	%	3 238 /mm3	(VR:1 500 à 4 000)	2 642
Monocytes	5.8	%	441 /mm3	(VR: < à 1 000)	382

Numération plaquettaire

PLAQUETTES	213	Milliers/mm3	(VR:150 à 400)	08/01/2018 : 207
------------	-----	--------------	----------------	------------------

Frottis sanguin : Normal

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE à jeun	1.03	g/l	(VR:0.74 à 1.10)	13/11/2018 : 1.23
Colorimétrie enzymatique à 37°C	5.7	mmol/l	(VR:4.1 à 6.1)	
ACIDE URIQUE	84	mg/l	(VR:34 à 70)	13/11/2018 : 83
Colorimétrie enzymatique à 37°C	500	μmol/l	(VR:202 à 417)	
ASPECT DU SERUM	Serum limpide			

TSVP

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INPE : 107164048
Laboratoire du Maghreb