

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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° W19-431534

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21679

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIDRISSI YOUSSEF

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 142 N°157 Ain Chock - Casablanca

Tél : 0660250374

Total des frais engagés : 1407,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2019

Nom et prénom du malade : Youssef Elidrissi

Age : 34

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 : Casablanca

Le : 25/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

21/11/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
16/11/19	C2		300 DA	INPE 091166082
23/11/19	C2		Amal	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CHEIKH N° 600 Lots, Hamra 2 Av. AL Qods Ain Chock - Casablanca GSM : 0522 50 65 10 / 0522 21 02 18	11/11/19	607,60 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE CHARM CHEIKH N° 600 Lots, Hamra 2 Av. AL Qods Ain Chock - Casablanca GSM : 0522 50 65 10 / 0522 21 02 18	16/11/19	B 580	500 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Des Cartes

23 Novembre 2019

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الأيض

نيس بفرنسا

فحص بالصدى

Casablanca, le في

Mme MAKKAOUI SALIMA

$$24,40 \times 6 = 146,40$$

1/ Levothyrox 100

1 Matin per

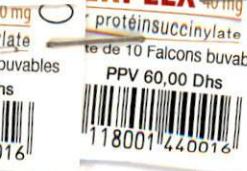
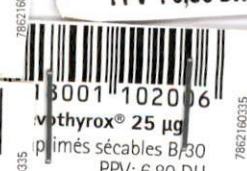
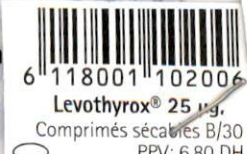
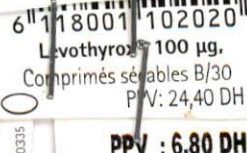
$$6,80 \times 6 = 40,80$$

2/ Levot

$$60,00 \times 7 = 420,00$$

3) Fer

$$= 607,40$$



شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء
Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca
Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Des Cartes

16 Novembre 2019

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغدة الدرقية

Casablanca, leالدار البيضاء في

Mme MAKKAOUI SALIMA

TSH us
NFS
Ferritine

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Oudaya
Tél: 05 22 50 66 06

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladies Métaboliques
Rés. Saïaa Imm 405 - Casablanca
Bd. El Qods Ain Chock
Tél : 05 22 50 66 06
INPE : 091166082

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omara, Ain Chock - Casablanca

Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture

N° facture : 2019-4067

Edité le : 18/11/2019

Patient : Mme MAKKAOUI Salima

Date prélèvement : 16/11/2019

N° Dossier : 99080608

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	36,00
Ferritine	250	300,00
TSH us	250	300,00
Total B	580	636,00
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		500,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES

Dr. Houda Othmani - Biologiste

N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA

Tél: 0522212211 - Fax: 0522212239
E-mail: othmani.laboratoire@gmail.com



Mme MAKKAOUI Salima

Dossier N° : 99080608

Page : 2/2

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

FERRITINE

(Technique: AIA TOSOH)

: 13,30 ng/ml

Homme : 30 - 280 ng/ml

Femme cyclique : 20 - 120 ng/ml

Femme ménopausée : 30 - 280 ng/ml

Naissance :

nouveau-né : 50 -450 ng/ml

1mois à 2 mois : 90 -500 ng/ml

3 mois à 4 mois : 40 -250 ng/ml

6 mois à 16 ans : 20 -200 ng/ml

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

TSH-us

(Technique:EIA / AIA TOSOH)

: 0,516 μ UI/ml

(0,25 - 5)

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.

Une variation minime de T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.

Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Dr. Houda OTHMANI



Casablanca, le 16/11/2019

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 99080608 Pvt du: 16/11/2019 12:05 ***

Nom : Mme MAKKAOUI Salima

Age : 34 ans

Demandé par Dr : JABRI LEILA

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION GLOBULAIRE

Erythrocytes	:	4,95 M/mm ³	(4 - 5,3)
Hémoglobine	:	13,20 g/dl	(14 - 17)
Hématocrite	:	40,10 %	(40 - 52)
VGM	:	81,01 fL	(80 - 95)
TCMH	:	26,67 pg	(28 - 32)
CCMH	:	32,92 g/dl	(32 - 36)
Leucocytes	:	7010 /mm ³	(4000 - 10000)
Plaquettes	:	215 000 /mm ³	(150000 - 400000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	58,7 % Soit 4115,00 /mm ³	(2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,3 % Soit 161,00 /mm ³	(Inférieur à 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0,7 % Soit 49,00 /mm ³	(Inférieur à 150)
Lymphocytes	:	31,1 % Soit 2180,00 /mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	7,2 % Soit 505,00 /mm ³	(200 - 800)

Etude du frottis sur lame

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

Laboratoire OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Houda OTHMANI

Prélèvement à domicile sur rendez-vous