

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° W19-437584

23789

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3688 Société : sam
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUAHBI Abdelhak
 Date de naissance : 22/01/1967
 Adresse : 10 Rue Mansour - 9^{ème} - Hassan
 Tél : 0661412633 Total des frais engagés : 389,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : OUAHBI DALAK Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affectio Longue Durée
 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 : CASA Le : 13/01/2020
 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
13.01.2020	C.S.	1	259,00	INP : 000059755

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/2020	1361/2020
		352,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/01/2020	B 390	400 DH

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 canaux, 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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

10 kg
5 kg
0 kg

PPV: 70,60 DH
LOT: 610847
PER: 01/2021

13/01/2020

OUAHBI MALAK

Age: 3 ans 6 mois 29 jours

Poids: 18,00 Kg

- Clavulin susp enfant
dose n 18 matin midi et soir pendant
- RHINOLAYA KIDS
une pulvérisation quatre fois par jour
- Apiretil 100 mg / ml - solution orale
dose n 18 quatre fois par jour
- Apixol - solution buvable
2 cuillère(s) à café trois fois par j

Lot: 190741
À consommer
avant le: 11/2022
PPC: 79,50 DH

PPV (DH):

Lot N°:

UT. AV:

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension
pédiatrique**

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديون

طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

13/01/2020

OUAHBI MALAK

- NFS
- FERITTINE

Dr. Jalal EL OUDGHIRI
PEDIATRE
Avenue 2 Mars, Casablanca
Tél.: 0522 26 52 35

Laboratoire AIN CHOCK
d'analyses médicales
173, Bd Al Qods Résidence - Al Majd, Imm I,
Boite N° 5, Casablanca - Tél.: 05 22 21 50 89

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - 1^{ère} Etage - Casablanca. Tél. : 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

Fax : 05 22 29 39 73 - E-mail : drjalaleloudghiri@gmail.com

Urgence : Clinique Les Crêtes. 528 Bd Panoramique - Tél.: 05 22 21 20 40



**LABORATOIRE
AIN CHOCK**

Laboratoire d'analyses médicales

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermiologie

Dr BENNIS Noor

- *Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat ainsi de la faculté CEU de Madrid*
- *Ancienne résidente de l'Hôpital militaire MV de Rabat*

Nom Prénom : Enff OUAHBI Malak

Né(e) le : 15-06-2016

Prescripteur :

Edition du : 25-01-2020

Numéro de demande : 2001242010

Prélèvement à : 24-01-2020

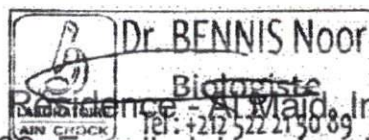
Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME:

	Résultats	Valeurs attendues	Antécédents
GLOBULES ROUGES			
Hématies :	4.57 T/L	(3.85-5.15)	
Hémoglobine :	10.6 g/dL	(10.7-13.9)	
Hématocrite :	33.0 %	(32.5-41.5)	
VGM :	72.2 fL	(73.0-91.0)	
TCMH :	23.2 pg	(24.0-31.0)	
CCMH :	32.1 g/dL	(30.0-35.0)	
RDW :	18.6 %	(0.0-18.5)	✓
GLOBULES BLANCS			
Leucocytes :	8.91 G/L	(5.40-13.80)	
	8 910 /mm ³	(5 400-13 800)	
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles :	46.3 %	(50.0-70.0)	
Soit:	4.13 G/L	(1.50-8.50)	
	4 130 mm ³	(1 500-8 500)	
Polynucléaires Eosinophiles :	2.5 %	(1.0-3.0)	
Soit:	0.22 G/L	(0.02-0.70)	
	220 mm ³	(20-750)	
Polynucléaires Basophiles :	0.1 %	(0.0-1.0)	
Soit:	0.01 G/L	(<0.20)	
	10 mm ³	(<200)	
Monocytes :	7.2 %	(1.0-8.0)	
Soit:	0.64 G/L	(0.10-1.10)	
	640 mm ³	(100-1 100)	
Lymphocytes :	43.9 %	(20.0-40.0)	
Soit:	3.91 G/L	(2.00-6.00)	
	3 910 mm ³	(2 000-8 000)	
PLAQUETTES :	481 G/L	(200-460)	
	481 000 /mm ³	(200 000-400 000)	

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87



173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence : Al Maïd, Imm I, 1^{er} étage N° 5, Casablanca

Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo_ain_chock@outlook.com



**LABORATOIRE
AIN CHOCK**

Rue EL HADJI MALAK

Laboratoire d'analyses médicales

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermiologie

BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine
(Dosage CMIA)

17.1 ng/mL

(15.0–150.0)

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Groupe sanguin ABO
Rhésus (D)

O
Positif

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87



Dr. BENNIS Noor

Biologiste

73, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence EL MAJID, Imm I, 1^{er} étage N° 5, Casablanca

Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo_ain_chock@outlook.com



Nom prénom : Enff Malak OUAHBI
Date de naissance : 15-06-2016
Prélèvement du : 24-01-2020 10:31
Référence : 2001242010
Prescripteur :

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 097165385

IF : 15235587

Facture – Relevé N° : 200100292

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
	Groupe Sanguin	B60	B
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B


TOTAL DES B : 390

TOTAL A PAYER : 400.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

quatre cents dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

 **Laboratoire AIN CHOCK**
d'analyses médicales
173, Bd Al Qods Résidence - At Majd, Imm I,
1er étage N° 5, Casablanca - Tél : 05 22 21 50 89