

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 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° W19-519050

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

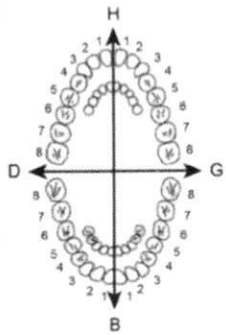
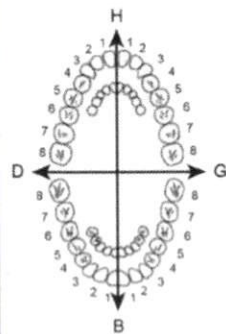
Signature de l'adhérent(e) :

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
01/02/2013	Cu		1.000,00	INP : 09333412 Dr. AIT LAHSINE Fatima PEDIATRE 53, Bd. Okba Ibn Nafiq, 4 ^{er} Etage En face Maroc Telecom, Hay Mohammadi Casablanca - Tél: 05 22 60 63 60

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
	01/02/2013	B800 + P1115	427,20

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>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000 G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	00000000 G														
	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													

N° MDAGARI ROLAND Rayane

NG - PQ. CRP

ELBU (Ea. chut ypt srp)



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

05/02/2020

NH. DJAGHRI FELALI Dayane

1) Doliprane

37

1 d d g (6 h)

3

2) Nurock

1 d d g (6 h)

3

3) MEBO

1 app

x 37 g

4) Tior 1 d d g

1 s x

37 g

3

Dr. AIT LAHSINE Fatima
PEDIATRE
53, Bd. Oukba Ibn Nafi, 1er Etage
En Face Maroc Telecom, Hay Mohammadi
Casablanca - Tél: 05 22 60 63 60



Age: 7/8/2019

Bon d'examen

Nom et Prénom : MDAGHRI FILALI RAYANE
N° de chambre : EXT Date : 11/2/2020
Médecin Traitant : D. AIT LAHLEN

Examens demandés

MFS
CRP
ECRW

LABO SOCRATE
Rue Moussoulé - 20100 Constantine
Tél : 05 22 23 36 03 / 23 36 04 Fax : 05 22 26 85 09
Email : labo.socrate@orange.ma

Signé :

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour IMM C N°4- CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986 - CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091 ICE 000114556000027

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie - Virologie

FACTURE N° : 200000760

CLINIQUE ATFAL

CASABLANCA le 01-02-2020

Enfm Rayane MDAGHRI FILALI

Demande N° 200201A028

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 01-02-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Examen cyto bactério des urines	B120	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 427.00DH

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

**LABO SOCRATE**
Rue Socrate, Immeuble N°4 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 23 36 03 - Fax : 05 22 25 85 08
Email : info@laboratoire-socrate.ma

Code Patient : 200201A028
Date de l'examen : 01-02-2020
CLINIQUE ATFAL
Saisie le 01-02-2020 20:25

Enfm Rayane MDAGHRI FILALI
Réf : 200201A028
Prescription : Dr FATIHA AIT LAHSINE
CLINIQUE ATFAL

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

Leucocytes :	11 630 /mm ³	(6 600-15 600)
Hématies :	4.63 10 ⁶ /mm ³	(3.65-4.45)
Hémoglobine :	11.70 g/100mL	(10.20-12.00)
Hématocrite :	33.7 %	(30.0-35.8)
VGM :	73 µ3	(78-86)
TCMH :	25.3 pg	(26.2-29.2)
CCMH :	34.7 %	(29.5-35.0)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	39.6 %	
Soit:	4 605 mm ³	(1 100-4 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	0.2 %	
Soit:	23.3 mm ³	(50.0-850.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.2 %	
Soit:	23.3 mm ³	(0.0-200.0)
Lymphocytes :	49.4 %	
Soit:	5 745.2 mm ³	(3 000.0-12 200.0)
Monocytes :	10.6 %	
Soit:	1 232.8 mm ³	(370.0-1 170.0)
Plaquettes :	195 000 mm ³	(240 000-550 000)

LABO SOCRATE
Dr Abdellatif LOUDGHIRI
Rég. Masurel Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

200201A028 – Enfem Rayane MDAGHRI FILALI

Date de l'examen : 01-02-2020

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP) 2.7 mg/L (<5.0)

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

ASPECT: clair
Albumine: Négative
Sucre: Négative
Acétone: Négative
pH: 6 (7-8)
Cellules épithéliales : Absence

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes : <10 000 /ml (0-10 000)
Hématies : <1 000 / ml (0-1 000)
Cylindres : Absence
cristaux: Absence
TRICHOMONAS Absence
Levure Absence
Examen direct : NEGATIF

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs : Cultures stériles

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

LABO SOCRATE
Dr Abdellatif LOUDGHIRI
41-05 22 23 36 03 / 23 34 65 - Fax : 05 22 25 65 08
Email : labo.socrate@menara.ma

Page 2 sur 2