

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° W19-484924

ND: 33749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06395 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED
 Date de naissance : 07/02/1965
 Adresse : Cité Ouled Ziane Imm. I N°9 Ain Boya
 Casa
 Tél. : 0668 173978 Total des frais engagés : 380,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saïd LARBI
Professeur Agrégé
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADIN
Tél: 85 32 74 40 & c

Date de consultation : 21/05/2020

Nom et prénom du malade : FAKHRE JAMILA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pancytopenie

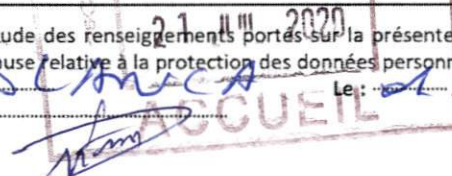
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

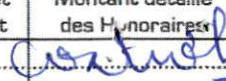
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 06/06/2020

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
11/06/20				 Dr. Saad Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 3 44

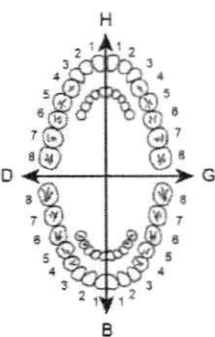
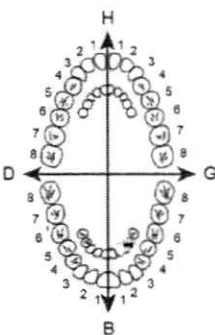
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE EL ANASSIR BIOLOGIE MEDICALE Angle Bd. El Fida Bd. Abdouh GARCIA CASABLANCA Tel: 05 22 82 87 14/15	07/06/20	BU 30 + 380, 014	

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

						COEFFICIENT DES TRAVAUX		
							MONTANTS DES SOINS	
							DEBUT D'EXECUTION	
							FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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			

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الأطفال
زراعة النخاع

Casablanca, Maroc

Nom / Prénom :

Farche Samir

Age :

Renseignements cliniques :

☒ NFS + plaquettes

☐ Réticulocytes

☐ Urée

☐ Créatinine

☐ ASAT / ALAT

☐ GGT

☐ Phosphatases Alcalines

☐ Bilirubine

☐ VS

☐ CRP

☐ Ferritine

☐ Glycémie à jeun

☐ Fibrinogène

☐ TP

☐ TCK

☐ D-Dimères

☐ Autres

☐ Myélogramme

☐ Natrémie

☐ Kaliémie

☐ Calcémie

☐ Acide urique

☐ Sérologie HBS

☐ Sérologie HCV

☐ Sérologie HIV

☐ LDH

☐ B2microglobuline

☐ Electrophorèse des protides

☐ Protéinurie des 24h

☐ Electrophorèse de l'hémoglobine

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 23 06 66

- Vitamine B₁₂ + A₃



مختبر الأمل للتحاليل الطبية

LABORATOIRE EL AMAL DE BIOLOGIE MEDICALE

Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Biochimie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie

Exploration de l'infertilité - Allergologie

الدكتور زهرة بنعزوز
Docteur Z. BENAZZOZ

طبيبة إحيائية
Médecin - Biologiste

Casablanca, le 01/06/2020

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 290520-687 Pvt du: 29/05/2020 9:44

Nom : Mme FARCHE Jamila

Demandé par Dr : ZAFAD Saadia

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Sysmex XS 1000 i - KX 21 N /Sang total EDTA)

Globules rouges	:	4,30	M/mm ³	(4 - 5,3)	4,25 (24/01/20)
Hémoglobine	:	13,30	g/dl	(12,5 - 15,5)	13,40 (24/01/20)
Hématocrite	:	38,30	%	(37 - 46)	37,80 (24/01/20)
VGM	:	89,07	μ ³	(80 - 95)	88,94 (24/01/20)
TCMH	:	30,93	pg	(28 - 32)	31,53 (24/01/20)
CCMH	:	34,73	%	(30 - 35)	35,45 (24/01/20)
Globules blancs	:	4310	/mm ³	(4000 - 10000)	4830 (24/01/20)
Plaquettes	:	169 000	/mm ³	(150000 - 400000)	255 000 (24/01/20)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	56 %	Soit 2414/mm ³	(2000 - 7500)	2657 (24/01/20)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1 %	Soit 43/mm ³	(Inférieur à 400)	48 (24/01/20)
Polynucléaires Basophiles	:	0 %	Soit 0/mm ³	(Inférieur à 150)	0 (24/01/20)
Lymphocytes	:	36 %	Soit 1552/mm ³	(1500 - 4500)	1739 (24/01/20)
Monocytes	:	7 %	Soit 302/mm ³	(40 - 800)	386 (24/01/20)
Au total	:	100 %	Soit 4310,00		

VITAMINES

Valeurs Usuelles

Antériorité

25 OH VITAMINE (D2+D3)
(Tech : ELFA Mini - Vidas Biomerieux)

<8,1 ng/ml

Déficient : <20 ng/ml
Insuffisant : 20-29 ng/ml
Suffisant : 30-100 ng/ml
Toxicité potentielle : >100 ng/ml

Nous vous remercions de votre confiance

LABORATOIRE EL AMAL
DE BIOLOGIE MEDICALE
Angle Bd. EL FIDA - Bd. Abdellah SENHAJI - Hay El Amal III, 1^{er} Etage - Casablanca - GSM : 0662 12 42 28 - Tél. : 0522 82 87 14/ 25 - Fax : 0522 82 87 25

Dr Z. BENAZZOZ

1 زاوية شاطئ الصنهاجي، حي الأمل 3 الطابق الأول - الدار البيضاء - المحمول : 0662 12 42 28 - الهاتف : 0522 82 87 14/25 - فاكس : 0522 82 87 25

1, Angle Bd. EL FIDA - Bd. Abdellah SENHAJI - Hay El Amal III, 1^{er} Etage - Casablanca - GSM : 0662 12 42 28 - Tél. : 0522 82 87 14/ 25 - Fax : 0522 82 87 25

E-mail : laboratoireelamal@yahoo.fr - Patente : 36727171 - I.F. : 44125570 - CNSS : 68598223 - ICE : 001679098000020

Facture

N° facture : 2006-1649

Date : 01/06/2020

Patient : Mme FARCHE Jamila

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE + PLAQUETTES	80	107,20
VITAMINE D (25 Hydroxycholécalférol) - D2 + D3	350	469,00

Nombre B 430

Prélèvement 0

Total 380

LABORATOIRE EL AMAL
DE BIOLOGIE MEDICALE
1, Angle Bd. El Fida - Bd. Abdellah Senhaji
CASABLANCA
TEL: 05 22 82 87 14/25

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois Cent Quatre-Vingts Dirhams ***