

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-544241

ND: 34456

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AIT LAHDAH Mehdi
 Date de naissance : 01/01/1944
 Adresse : 36 Abou Ishak el Ouattaj apt 6
 marjif Casablanca
 Tél. : 0663607838 Total des frais engagés : 880,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Z EL BIDAQUI
Neurologie
CHU. Ibn Hocht - Casablanca

Date de consultation : 23/06/2020
 Nom et prénom du malade : NASSA AIT LAHDAH
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : sclérose en plaques
 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) : Le : 25/06/2020



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
23/06/2020		26		INF : 09100015042 Dr. Z EL BIDAOUI Neurologie Ch. Ibn Rochd Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Familles Angle Rue Normandie et Imam Tabarani Casablanca - Tél: 0522.25.05.00	23/06/2020	614,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES	22/06/2020	3 A 20 + 20	266,20

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 :

Veillez 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	INF : <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"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT: 14218010
PER: 11-2022
PPV: 26,20 DH

28
Comprimés
Voie orale

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP/21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN
6 118001 071456

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP/21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN
6 118001 071456

umer tue

Renouvellement
d'ordonnance

Casablanca, le :

23/06/2020

ORDONNANCE

Docteur :

Nadia Ait Lakhdar

234,00 x 2

29 Imurel 50 mg

S.V

3 mois

1 - 0 - 1

26,20

29 Acfol 5 mg

S.V

29/5

Dr. Z EL BIDAQUI
Neurologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

3 mois

Pharmacie des Familles Angèle Rue
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tél: 0522.22.55.05, 0522.22.55.06

Dr. Z EL BIDAQUI
Neurologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 24/12/19

Prénoms - Nom du malade : Mme Ait Lakhdar Noudia

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
1) NFS - PP 2) APPAT ALAC	

Le médecin traitant : Dr. ABIL Salma
Neurologue
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

06/522



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 22-06-2020

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A20060522

Du : 22-06-2020

Prescripteur :

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

				23-12-2019
Hématies	4.1	M/mm ³	(4.0-5.3)	4.4
Hémoglobine	12.9	g/dL	(12.5-15.5)	13.3
Hématocrite	38	%	(37-46)	40
VGM	93	μ ³	(80-95)	91
TCMH	31	pg	(28-32)	30
CCMH	34	g/100mL	(30-35)	33

Formule leucocytaire

Leucocytes			3 720 /mm ³	(4 000-10 000)	3 240
Neutrophiles	62 %	soit	2 306 /mm ³	(1 500-7 500)	1750
Eosinophiles	1 %	soit	37 /mm ³	(<400)	65
Basophiles	0 %	soit	0 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	27 %	soit	1004 /mm ³	(1 500-4 000)	1102
Monocytes	10 %	soit	372 /mm ³	(200-1 000)	324

Numération plaquettaire

Plaquettes			221 000 /mm ³	(150 000-400 000)	250 000
Volume Plaquettaire Moyen			10.3 fl	(6.0-11.0)	9.7



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 22-06-2020

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A20060522

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 266.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux cent soixante-six dirhams vingt centimes



مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 22-06-2020

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A20060522

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

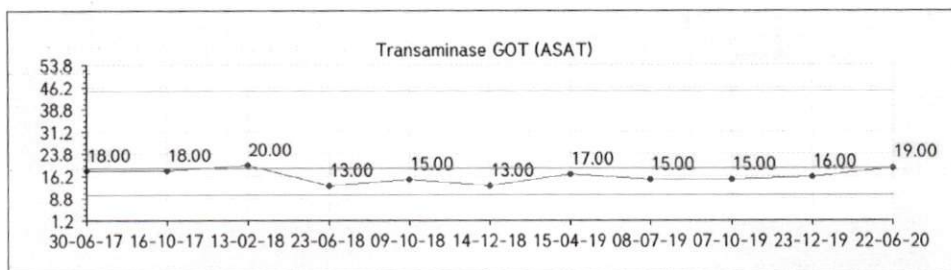
Transaminase GOT (ASAT)

19 UI/L

(10-45)

23-12-2019

16



Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

23-12-2019

11

