

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-548035

N° D. 50439



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5198

Actif

Pensionné(e)

Autre : EL B49 k said

Nom & Prénom : EL B49 k said

Date de naissance : 20/03/1937

Adresse : 9 place bel air, casablanca

Tél. : 06631883675

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2020

Nom et prénom du malade : Elhada Said

Age : 83 ans

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 : 29/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
	2023-05-20	E-mail : labo@cdm-hckma
		TELE : 0220000233
		Coef : 0.80

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

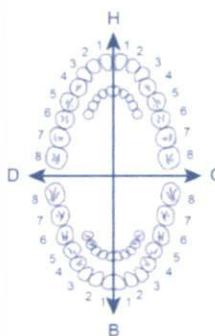
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Casablanca, le :

وصفة طبية

Ordonnance

1) WR PL

E-mail : ldo@ldm-hck.ma
Tel : 0529.05.02.33
L'assurance maladie est à votre disposition

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. ISMAILI NABIL
ONCOLOGIE MÉDICALE
0911762015

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 113 920 / 2020 du 19/11/2020

Nom patient : **EL BADA SAID**

Entrée 19/11/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 19/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0080	96,00 Sous-Total	96,00 96,00
Total Frais Clinique				96,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS			
		Total	96,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		96,00			96,00	0,00

Ref Chq : 2645624/

Numéro de Référence : 05.29.05.02.33
Email : labo@fckm-hck.ma

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2011191017543340 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273906	EL BADA SAID	19/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2645624 Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : ACHKY

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**CASABLANCA****Reçu de caisse**

N° : 2011191017543340 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273906	EL BADA SAID	19/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2645624 Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : ACHKY

Identifiant du patient : H0120006592

Date de naissance : 20/03/1937

Sexe : M

Date de l'examen : 19/11/2020

Prélevé le : 19/11/2020 à 10:23

Édité le : 19/11/2020 à 11:41

EL BADA SAID
Dossier N° : 20113161


HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.17	$10^{12}/l$	4.08 - 5.6	$3.85 \cdot 10^{12}/l$ (04/11/2020)
Hémoglobine	:	10.9	g/dl	12.9 - 16.7	12.7 g/dl (04/11/2020)
Hématocrite	:	30.2	%	38 - 49	36.4 % (04/11/2020)
VGM	:	95.3	fL	83 - 97	94.5 fL (04/11/2020)
CCMH	:	36.1	g/dl	32.3 - 36.1	34.9 g/dl (04/11/2020)
TCMH	:	34.4	pg	27.8 - 33.9	33.0 pg (04/11/2020)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	3.91	$10^3/mm^3$	3.8 - 10.0	$7.10 \cdot 10^3/mm^3$ (04/11/2020)
P. Neutrophiles	:	51.7	%	2.02 $10^3/mm^3$ 1.6 - 5.9	62.2 % (04/11/2020)
P. Eosinophiles	:	3.6	%	0.14 $10^3/mm^3$ 0.03 - 0.50	4.1 % (04/11/2020)
P. Basophiles	:	1.5	%	0.06 $10^3/mm^3$ < 0.09	0.8 % (04/11/2020)
Lymphocytes	:	36.6	%	1.43 $10^3/mm^3$ 1.07 - 4.10	24.9 % (04/11/2020)
Monocytes	:	6.6	%	0.26 $10^3/mm^3$ 0.23 - 0.71	8.0 % (04/11/2020)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	173	$10^3/mm^3$	140 - 385	$201 \cdot 10^3/mm^3$ (04/11/2020)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------------

Le 19/11/2020 à 11:41

Signature

RAZIK Nadia

 Laboratoire National de Référence
 Tel : 0529 05.02.98
 E-mail : labo@fckm-hnk.ma

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



Horaire

Lundi-Vendredi(07h30 à 20h00)

Samedi (07h30 à 15h00)

Téléphone : +212 529 05 02 31

Email : lnr@fckm.ma

Dossier : **20113161**

de : **EL BADA SAID**

IPP : **H0120006592** Date de naissance : **20/03/1937**

Analyses : NFS - Numération formule sanguine + plaquettes

Externe
Dossier : **20113161**