

## 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

## Déclaration de Maladie

Nº W19-506955



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

Maladie

Dentaire

22729

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3482

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ADEL Abdelhamid

Date de naissance :

18/04/52

Adresse :

23 Rue Ibnou Habib - Haarif

Tél. :

0661 31 1542

Total des frais engagés :

100,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : 26/02/2020

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"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/02/2005	B80 = 100/00	Dr. B.

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		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"/>														
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  
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين والأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

١٧/٥/٢١٠

Nom / Prénom : *Hmo El Hachmi Râbia*

Age :

Renseignements cliniques :

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS + plaquettes | <input type="radio"/> Myélogramme                     |
| <input type="radio"/> Réticulocytes                  | <input type="radio"/> Natrémie                        |
| <input type="radio"/> Urée                           | <input type="radio"/> Kaliémie                        |
| <input type="radio"/> Créatinine                     | <input type="radio"/> Calcémie                        |
| <input type="radio"/> ASAT / ALAT                    | <input type="radio"/> Acide urique                    |
| <input type="radio"/> GGT                            | <input type="radio"/> Sérologie HBS                   |
| <input type="radio"/> Phosphatases Alkalines         | <input type="radio"/> Sérologie HCV                   |
| <input type="radio"/> Bilirubine                     | <input type="radio"/> Sérologie HIV                   |
| <input type="radio"/> VS                             | <input type="radio"/> LDH                             |
| <input type="radio"/> CRP                            | <input type="radio"/> B2microglobuline                |
| <input type="radio"/> Ferritine                      | <input type="radio"/> Electrophorése des protides     |
| <input type="radio"/> Glycémie à jeun                | <input type="radio"/> Protéinurie des 24h             |
| <input type="radio"/> Fibrinogène                    | <input type="radio"/> Electrophorése de l'hémoglobine |
| <input type="radio"/> TP                             |   |
| <input type="radio"/> TCK                            |   |
| <input type="radio"/> D-Dimères                      |   |
| <input type="radio"/> Autres                         |   |

مختبر المدى لتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SOUDI D'ANALYSES MÉDICALE  
Dr BEN MILoud  
240, Bd Brahim Roudani Maârif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Patente: 35805014

A eunyel

Dr Saadia ZAFAD  
Hématologue  
Clinique Al Madina



Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

مختبر الصقلبي للتحاليلات الطبية  
**Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales**  
Laboratoire certifié ISO 9001 V.2008



7jours/7

Dr. BENMLOUD Loubna. Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

**FACTURE N° : 200200351**

Casablanca le 17-02-2020

**Mme Rabia EL HAOU EP ADEL**

Demande N° 2002170042  
Date de l'examen : 17-02-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 100DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirham s

Code INPE : 093000214  
AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 0003555000000328 25



مختبر الصقلبي للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMLOUD LOUBNA  
240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension Casablanca  
Tel: 05 22 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax: 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : sqa43@menara.ma  
IP : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008



**مختبر الصقلی للتحليلات الطبية**  
**Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales**  
 Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



7j / 7

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 17-02-2020 à 09:42  
 Code patient : 1805100023  
 Né(e) le : 01-01-1955 (65 ans)

Mme EL HAOUI EP ADEL Rabia  
 Dossier N° : 2002170042  
 Prescripteur : PR Saadia ZAFAD



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

\*Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)\*

Hématies :	3.36	M/mm <sup>3</sup>	(3.90-5.40)	30-01-2020
Hématocrite :	26.00	%	(35.50-45.50)	3.72
Hémoglobine :	8.40	g/dL	(12.00-15.60)	29.20
VGM :	77	fL	(80-101)	9.40
TCMH :	25	pg	(27-34)	78
CCMH :	32	g/dL	(28-36)	25
<b>Leucocytes :</b>	<b>1 240</b>	/mm <sup>3</sup>	(3 600-10 500)	32
Polynucléaires Neutrophiles :	21	%	4 440	49
Soit:	260	/mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)	2 176
Lymphocytes :	49	%		26
Soit:	608	/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 000)	1 154
Monocytes :	21	%		22
Soit:	260	/mm <sup>3</sup>	(<1 100)	977
Polynucléaires Eosinophiles :	7	%		1
Soit:	87	/mm <sup>3</sup>	(0-600)	44
Polynucléaires Basophiles :	2	%		2
Soit:	25	/mm <sup>3</sup>	(0-150)	89
<b>Plaquettes :</b>	<b>335 000</b>	/mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)	402 000

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna

*Loubna*

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca - Maroc  
 Tel : 0522 25 76 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 161 162 • E-mail : sqha43@messia.mn • Laboratoire certifié ISO 9001  
 IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214