

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 047040

ND: 334 23

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1515 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr M. EL MORCHID**  
Radio - Oncologue  
INP : 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : 13 / 4 / 2020

Nom et prénom du malade : JADAI MOHADI FA774

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

Nature de la maladie : Tumeur

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
B-24-20	C	G		Dr M. EL MORCHID Radio - Oncologue INP : 091058651 Centre Al Kindy - Casablanca

# 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
	13/04/20	B.M.O. + R	170 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	- 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR)\* CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكرات - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE 13-04-2024



090001405

JANA I Fakim

- ① NFS - Pq
- ② Creatinine

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Biologiste  
Tél : 212 522 52 29 6\*

Dr M. EL MORCHID  
Radio - Oncologue  
INP : 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca





الركتور (لناوري) محمدر  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris ٧  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Mme JAMAI MOUHTADI FATIMA**

Dossier ouvert le : 13/04/20.

Prélèvement effectué à 09:29

Dossier N° : 20D422

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE COMPLETE

					Valeurs de référence (Femme Adulte)
*	HEMATOCRITE	: 32,7	%		35 - 47
*	HEMOGLOBINE	: 11,7	g/100		12 - 16
*	GLOBULES ROUGES	: 3,83	M/mm3		4 - 5,4
<b>CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES</b>					
	V.G.M.	: 85	fl		85 - 100
	T.G.M.	: 30	pg		27 - 33
	C.C.M.H.	: 35	%		31 - 36
*	GLOBULES BLANCS	: 3 080	/mm3		4000 - 10000
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>					
*	P. NEUTROPHILES (PNN)	: 36,1	%	soit 1 112 /mm3	50 - 70 % 2500 - 7125 /mm3
	P. EOSINOPHILES (PNE)	: 1,3	%	soit 40 /mm3	1 - 3 %
	P. BASOPHILES (PNB)	: 0,6	%	soit 18 /mm3	50 - 285 /mm3 < 1 %
*	LYMPHOCYTES	: 43,2	%	soit 1 331 /mm3	< 95 /mm3 25 - 40 %
	MONOCYTES	: 18,8	%	soit 579 /mm3	1000 - 3800 /mm3 3 - 10 %
*	PLAQUETTES	: 88 000	/mm3		150 - 665 /mm3 150000 - 400000
<i>Leuconeutropénie.</i>					
<i>Thrombopenie.</i>					

## BIOCHIMIE

CREATININE : 6,35 mg/l  
Soit : 56  $\mu$ mol/l

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste  
Tél.: 05 22 52 29 61

197. شارع بانوراميك. زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء  
197, Bd Panoramique, Angle Bd 2 Mars - Ain Chock - Casablanca

الفاكس: 05 22 52 26 59 / الهاتف: 05 22 87 50 47 / Tél: 05 22 52 29 61

Patente: 34033937 - I.F.: 51360060 - C.N.S.S.: 6070445 - ICE: 001714638000061 - INPE: 093002053



# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

(البركتور (الفاوري) محمدر  
أخصائي في التحليلات الطبية

**Facture N° :** 11896  
**Casablanca le** 13 avril 2020  
**A l'attention de :** **Mme JAMAI MOUHTADI FATIMA**

**Analyses :**

Numération formule complète -----	B	80
Créatinine sanguine -----	B	30

**Prélèvements :**

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

**Total dossier : 170,00 DH**

**Arrétée la présente facture à la somme de :**  
**Cent Soixante Dix Dirhams**

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste  
Tél.: 05 22 52 29 61