

## 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 |

CHAMPS D'ENTREE  
CHAMPS DE SORTIE  
INFORMATIONS SUR LE DOCUMENT  
DU RÉGISTRE

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

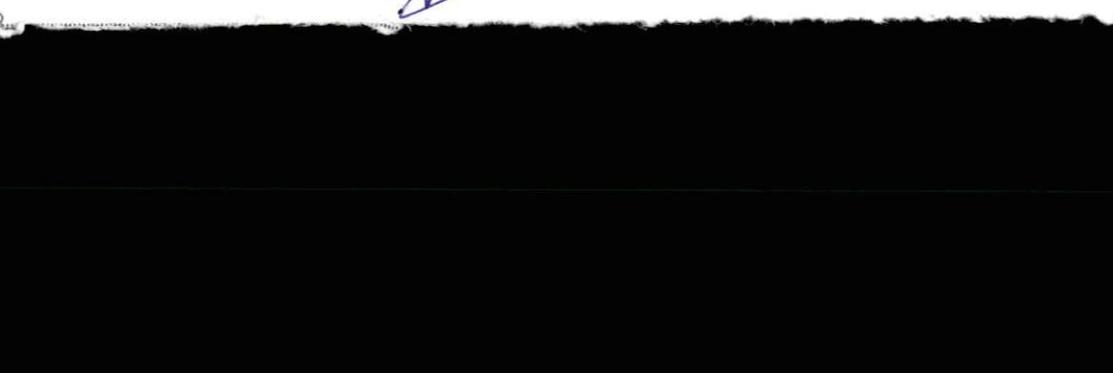
N° W19-484924

ND: 33749

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 06393                             |                                       | Société : RAM                    |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif     | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : HOURADIS MOHAMMED              |                                       | Date de naissance : 07/02/1965   |                                 |
| Adresse : Cite Ouled Ziane Imm J'N 9 Ain Baya |                                       | Tél. : 06 68 17 39 78            |                                 |
| Total des frais engagés : 380,00 Dhs          |                                       |                                  |                                 |

|   |                                   |  |                                 |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |  |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |  |                                 |
|   |                                   |  |                                 |
| Date de consultation : 21/06/2020   | Age:                              |  |                                 |
| Nom et prénom du malade : FARHAT ELMI   |                                   |  |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Polycythémie   |                                   |  |                                 |
| 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 : 21/06/2020  
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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/12/2023      |                   |                       | centrale                        | INP DR. SABU<br>Professeur Agrégée<br>Hématologie - Oncologie<br>CLINIQUE AL MADIN<br>Tél: 05 22 77 77 40 + ** |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

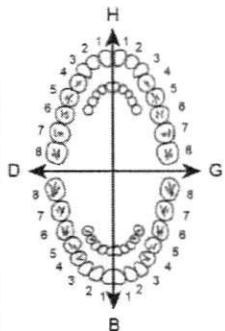
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE EL AIMA<br>DE BIOLOGIE MEDICALE<br>Angle Bd. El Fida Bd. Abdessalem<br>CASABLANCA | 07/06/2016 | 5 U 30 + P                   | 380,00 Dhs             |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

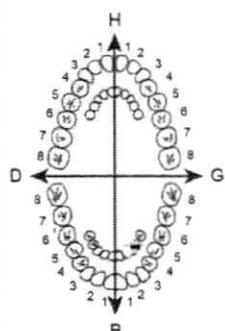
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |

**VOLET ADHERENT**

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **COEFFICIENT DES TRAVAUX**

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAIL

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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 العظام

Nom / Prénom : Farche Jamila

Age :

Renseignements cliniques :

Casablanca

Dr. Saâdia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 40 à 49  
06 52 54 23 07

/ 05/2020

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

Dr. Saâdia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 40 à 49  
06 52 54 23 07

- Vitamine D<sub>3</sub> + A<sub>3</sub>



# مختبر الأمال للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE EL AMAL DE BIOLOGIE MEDICALE

Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Biochimie  
Parasitologie - Mycologie - Hormonologie  
Exploration de l'Infertilité - Allergologie

الدكتورة نزهرة بنعزوز  
Docteur Z. BENAZZOUZ



طبيبة احیائیة  
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 <sup>3</sup> | ( 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 <sup>3</sup>    | ( 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 <sup>3</sup>  | ( 4000 - 10000 )    | 4830 (24/01/20)    |
| Plaquettes      | : | 169 000 | /mm <sup>3</sup>  | ( 150000 - 400000 ) | 255 000 (24/01/20) |

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                             |   |            |                      |                     |                 |
|-----------------------------|---|------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 56 % Soit  | 2414/mm <sup>3</sup> | ( 2000 - 7500 )     | 2657 (24/01/20) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 1 % Soit   | 43/mm <sup>3</sup>   | ( Inférieur à 400 ) | 48 (24/01/20)   |
| Polynucléaires Basophiles   | : | 0 % Soit   | 0/mm <sup>3</sup>    | ( Inférieur à 150 ) | 0 (24/01/20)    |
| Lymphocytes                 | : | 36 % Soit  | 1552/mm <sup>3</sup> | ( 1500 - 4500 )     | 1739 (24/01/20) |
| Monocytes                   | : | 7 % Soit   | 302/mm <sup>3</sup>  | ( 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 et Bd. Abdellah Senhaji  
Casablanca - GMS : 0662 12 42 28 - Tél. : 0522 82 87 14/ 25 - Fax : 0522 82 87 25

Dr Z. BENAZZOUZ

Medecin Biologiste

**LABORATOIRE EL AMAL DE BIOLOGIE MEDICALE**

1, Angle Bd El Fida - Bd Abdellah SENHAJI - Hay El Amal 3, 1er étage  
Téléphone :0522828714 - 0662124228 Fax :0522828725 Email: laboratoireelamal@yahoo.fr  
ICE : 001679098000020 - Patente : N° 36727171 - IF : 44125570 - N° CNSS : 68598223 -

**Facture**

N° facture : **2006-1649**

Date : **01/06/2020**

Patient : **Mme FARCHE Jamila**

| <b>Analyses</b>                                    | <b>Valeur en B</b> | <b>Montant</b> |
|--|--------------------|----------------|
| NUMERATION FORMULE SANGUINE + PLAQUETTES           | 80                 | 107,20         |
| VITAMINE D ( 25 Hydroxycholécalciférol ) - D2 + D3 | 350                | 469,00         |
|  | <b>Nombre B</b>    | <b>430</b>     |
|  | <b>Prélèvement</b> | <b>0</b>       |
|  | <b>Total</b>       | <b>380</b>     |

*LABORATOIRE EL AMAL  
DE BIOLOGIE MEDICAL  
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 \*\*\**