

# 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.

M22- 0042850

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6001 Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TIZAGHTI Oum

Date de naissance : 07 - 02 - 1967

Adresse :

Tél. : 0661664981 Total des frais engagés : 150 + 174 + 60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie

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 : NICE Le : 21/11/2022

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

### 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				DEBUT D'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				FIN D'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				COEFFICIENT DES TRAVAUX
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				DATE DU DEVIS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel de la Dentition) avec les numéros 1 à 8 pour les dents et H, G, B pour les directions.				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

## Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L' acte médical est désigné par l' une des mentions suivantes :

**C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VD** = Viste de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PC** = Acte de pratique médicale courrant et de petite chirurgie  
**k** = Actes de chirurgie et de spécialistes

**SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence

**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme

**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute

**AMI** = Actes pratiqués par l' infirmier ou l'infirmière

**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste

**AMY** = Actes pratiqués par un aide- orthophoniste

**R-Z** = Electro -Radiologie

**B** = Analyses

POUR L'ADHERENT

**La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.**

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

**Le bulletin d'entente préalable put être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.**

## **LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE**

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
  - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
  - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
  - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
  - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s' agit d'actes répétés en plusieurs séances . ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps .
  - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
  - L'ORTHOPEDIE
  - LA REEDUCATION
  - LES ACCOUCHEMENTS
  - LES CURES THERMALES
  - LA CIRCONCISION
  - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## **EN CAS D'URGENCE**

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

**AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA**  
**TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883**  
**FAX / 05 22 91 26 52**  
**TELEX : 3998 MUT**  
**E-mail : mupras@RoyalAirMaroc**

## FEUILLE DE SOINS

Nº 0821298

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TIAZATI Omar  
Matricule : 6881 Fonction : RAM Poste : 9019  
Adresse :   
Tél. : 0661664981 Signature Adhérent : Fah

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
09/11/22	CD	€150 +		<p style="text-align: center;">           Médecin Généraliste          Diabétologue          RDC Quartier Layali - Berrechid          Tél : 05 22 03 07 72       </p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/92	174.90

## **ANALYSES – RADIOGRAPHIES**

 <b>Laboratoire d'Analyses Médicales BEURGUEND</b> <b>Dr Ahamam IOURDANE</b> 183, Bd Mohamed V - N° 1 - Fasque 1 - Rabat Tél/Fax : 05-22-73-04-61 INPE : 063063499 ICE:002400927000071 IF : 39483570	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/11/2022	B80 + I	90,00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA**  
**MEDECINE GENERALE**  
**LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE**  
**ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA**

DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME



الدكتورة سهام أوبهيا  
الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية  
أمراض النساء وتبع الحمل  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

## Ordonnance

Berrechid , le ... ٠٩/١١/٢٠١٤

Nom.prénom:.....Tifaghti Keltoum

1 - NFS + PIC

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali - Berrechid  
Tel : 05 22 03 07 72

مختبر التحاليل الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
163, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

**RDV:**

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 ( قرب مدرسة المذاهب ) - برشيد  
N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid  
FIXE | 05.22.03.07.72 E-mail | sihamoubouhia@gmail.com



مختبر التحاليل الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

**Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Prasitologie - Mycologie**

INPE :063063499

**FACTURE N° : 1221100084**

BERRECHID le 10-11-2022

Mme TIZAGHTI Keltoum

Récapitulatif des analyses			
Analyse	Coefficient	Clé	
Numération formule	80		B80
Forfait traitement échantillon sanguin	20		E20

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 90.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirhams .

مختبر التحاليل الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
183, Bd Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499  
ICE:002400927000071  
IF : 39483570



مختبر التحاليل الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

# مختبر التحاليل الطبية برشيد

## Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

**Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie**

Date du prélèvement : 10-11-2022 à 08:09

Code patient : 20220726012

Né(e) le : 18-08-1973 (49 ans)

**Mme TIZAGHTI Keltoum**

Dossier N° : 20221110004

Prescripteur : Dr OUBOUHIA SIHAM



## HEMATOCYTOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

26-07-2022

<b>GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)</b>	4.77	M/ $\mu$ l	(3.80–5.90)	4.44
Hémoglobine	14.7	g/dL	(11.5–17.5)	13.8
Hématocrite	44.9	%	(34.0–53.0)	42.5
VGM (Volume globulaire moyen)	94.0	fL	(76.0–96.0)	95.7
TCMH	30.8	pg	(24.0–34.0)	31.0
CCMH	32.8	g/dL	(31.0–36.0)	32.4
<b>GLOBULES BLANCS (Leucocytes)</b>	6 090/mm <sup>3</sup>		(3 800–11 000)	5 360
1-Polynucléaires	57.9%	Soit	3 526/mm <sup>3</sup>	2 584
Neutrophiles				
2-Polynucléaires Eosinophiles	0.6%	Soit	37/mm <sup>3</sup>	102
3-Polynucléaires Basophiles	0.4%	Soit	24/mm <sup>3</sup>	21
4-Lymphocytes	35.0%	Soit	2 132/mm <sup>3</sup>	2 305
5-Monocytes	6.1%	Soit	371/mm <sup>3</sup>	348
<b>PLAQUETTES</b>	350 000/mm <sup>3</sup>		(150 000–445 000)	314 000
			(-)	

VPM

Commentaire sur l'hémogramme:

9 fL (2-13)

Numération formule sanguine normale.

9

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

مختبر التحاليل الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
183, Bd Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA  
MEDECINE GENERALE  
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME



الدكتورة سهام أوبهيا  
طب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
يضاء

LOT : 1289  
PER : 07-27  
P.P.V : 45 DH90

الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
للتغذية  
ارتفاع الحمل  
الصدى  
بائي للقلب

LOT : 8031  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 29 DH 00

## Ordonnance

Berrechid, le... 09/11/2022

Nom.prénom: TIZAGHTI Kefzam

45.95

1- Trimeadol Sochet

100,0

98x31g

2- Entérogerm 45g

af g.

2g

3- Naesel 104

dep x31g

(15ml  
al  
che  
leg)

45.95

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue

RDC Quartier Layali - Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.T.  
Ain seba Casablanca  
Enterogermina 4 milliard  
susp b 10 f 5 ml  
P.P.V 100,00 DH  
6 118001 082216



RDV:

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 ( قرب مدرسة المذاهب ) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72

E-mail | sihamoubouhia@gmail.com