

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-780319

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8562

Matricule : 8562 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELBACHIR Kamin

Date de naissance : 09/02/1971

Adresse : Risid. Les 36000 Ville 13 Ville Vauk Boukane

Tél. : 0663769512 Total des frais engagés : 1800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUCHBIKA Zineb
Onco-Radiothérapeute
INP N° 091026443

Date de consultation : 31/02/2023

Nom et prénom du malade : NESSOUFI SAMIA

Age : 50

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Néoplasme ovarien

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 : CA SA

Le : 03/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01/12/23	C	6		INP : 091086443

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
<p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr. BENMILOU</p> <p>240, Bd Brahim Roudani</p> <p>Tél: 05 22 25 78 / 05 22 25 39 61</p>	17/12/23	B 240 = 180,00	063

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



9121623

M^{re} NESSOURI SANIMA

NFS + Ig

urée - acide

مختبر التحليلات الطبية
LABORATOIRE SAHOU ANALYSES MEDICALES
Dr. BEN KHITLOUD
240, Bd Brahim Roudani Maârif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Patients: 2500-291

PH BOUCHBIKA ZINOU
Onco-Radiothérapeute
N° 091026443

Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 11-02-2023 à 11:09
Code patient : 2209060060
Né(e) le : 07-08-1972 (50 ans)

Mme MESOUDI Samira
Dossier N° : 2302110018
Prescripteur : Dr Z. BOUCHBIKA



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

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

				21-01-2023
Hématies :	3.50	M/mm3	(3.90-5.40)	3.81
Hématocrite :	31.50	%	(35.50-45.50)	32.00
Hémoglobine :	10.80	g/dL	(12.00-15.60)	11.30
VGM :	90	fL	(80-99)	84
TCMH :	31	pg	(27-34)	30
CCMH :	34	g/dL	(28-36)	35
Leucocytes :	3 700	/mm3	(3 900-10 200)	4 270
Polynucléaires Neutrophiles :	54	%		57
Soit:	1 998	/mm3	(2 000-7 500)	2 434
Lymphocytes :	38	%		36
Soit:	1 406	/mm3	(1 000-4 000)	1 537
Monocytes :	8	%		7
Soit:	296	/mm3	(<1 100)	299
Polynucléaires Eosinophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0-600)	0
Polynucléaires Basophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0-150)	0
Plaquettes :	196 000	/mm3	(150 000-450 000)	232 000

Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca. (طريق الجديدة)
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61 • Fax: 05 22 98 84 94 • Urgences : 06 68 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com
IF: 18801592 • TP: 35805014 • ICE: 001726083000020 • CNSS: 4981008 • CODE INPE: 093000214

Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

FACTURE N° : 230200171

CASABLANCA le 11-02-2023

Mme MESOUDI Samira

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0182	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 140

TOTAL DOSSIER : 180.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirham .

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALE:
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Maroc 35805014

Code INPE : 093000214

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



Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2302110018 – Mme MESOUDI Samira

ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum :

Normal

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée

(Dosage UV enzymatique – Konelab 30 – Thermo fisher)

0.17 g/L

(0.15–0.42)

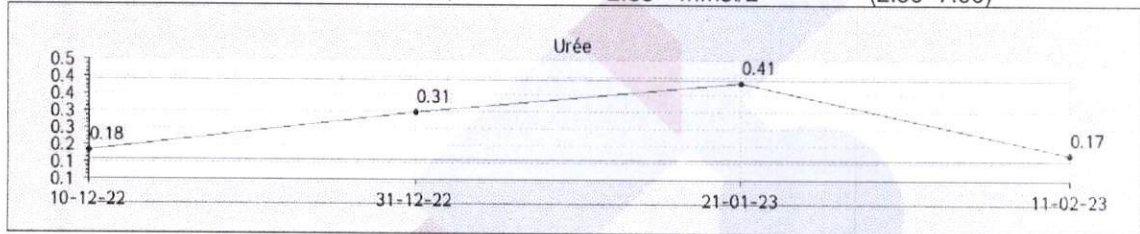
21-01-2023

0.41

2.83 mmol/L

(2.50–7.00)

6.83



Créatinine

(Créatine Enzymatique – Respons 920 Diasys)

7.7 mg/L

(6.0–11.0)

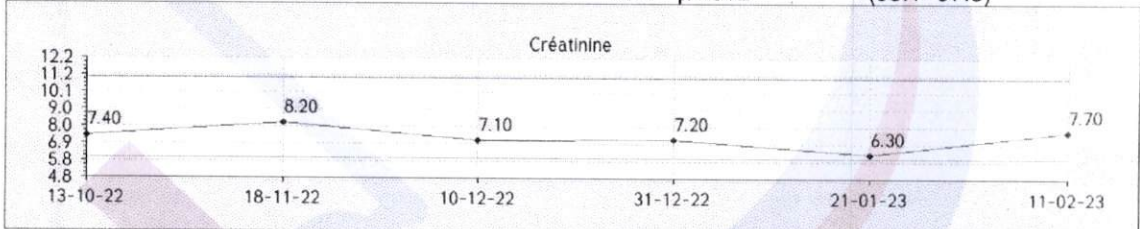
21-01-2023

6.3

68.1 μ mol/L

(53.1–97.3)

55.8



Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
240, Bd Brahim Roudani, Maarif Extension, Casablanca
Tél : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com
IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214

Dr. BENMILOUD Loubna, Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hôpitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2302110018 – Mme MESOUDI Samira

CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMEE (formule MDRD)

(MDRD = Modification of Diet in Renal Disease)

21-01-2023

Clairance:

84 mL/min

(>60)

106

(Clairance de la créatinine estimée pour un patient caucasien)

Classification de la maladie rénale chronique :

- G1 : Clairance normale : > ou = à 90mL/min
- G2 : Clairance légèrement abaissée : 60–89mL/min
- G3a : Clairance légèrement abaissée à modérément abaissée : 45–59mL/min
- G3b : Clairance modérément à sévèrement abaissée : 30–44mL/min
- G4 : Clairance sévèrement abaissée : 15–29mL/min
- G5 : Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min.

Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**

مختبر التحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 05 22 25 39 61