

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



Déclaration de Maladie

N° W21-826534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUEBBI SARA

Date de naissance : 01-01-1995

Adresse : Lot 4 Residence Olympe app 15 2ème étage Casablanca

Tél : 0639 869134 Total des frais engagés : 919,24 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 : Douleur chronique

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) : [Signature]

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
06/11/23	4		300	INP : <input type="text"/> INPE : 041297615 Urgence Réanimation Dr. ZAHRA MORTAGANE
			116,06	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/11/23	B 180	261,20 DH
	06/11/23	B 90	131,60 DH
INP : 103061172			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	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"/>														
				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"/>														
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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Temara, le : 06/11/23

EL OUG RBT SARA

Patient de 3 ans ATCD = Myélie
 Totalement asphyxié par deux pelures
 d'orange patient stable sur le
 plan respiratoire.

Bilan : voir résultat.

Patient hospitalisé par PC

Dr. OUZZAHRA Marouane
 Réanimation
 Urgence
 INFE: 04120715



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	ELOUERBI SARA	N° Facture :	879	3K0211-02A
-------------	---------------	--------------	-----	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
PARACETAMOL NORMAN 10 INJ (50)	1	14,08	14,08
SPASFON 40 MG 4 ML INJ N.A (06)	2	5,50	11,00
Sous-Total médicaments			25,08
COMPRESSE 10*10 P5 (01)	1	4,05	4,05
GANT EXAMEN LATEX (100)	4	0,94	3,76
INTRANUL 20 G ROSE (001)	1	2,82	2,82
SERINGUE 10 CC G21 (01)	2	2,55	5,10
SPARADRAP URGODERM 5*10 (10)	1	5,25	5,25
Sous-Total consommable médical			20,98
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	46,06

POLYCLINIQUE WIFAK

F A C T U R E

N° Admission : 23K0211-02A

N° 879 / 2023 du 06/11/2023

Nom patient	ELOUERBI SARA	Entrée 06/11/2023	Sortie 06/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION (URG)	1,00		300,00	300,00
ACTE DE PERFUSION	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	400,00
PHARMACIE	1,00		46,06	46,06
			Sous-Total	46,06
Total Frais Clinique				446,06
BIOLOGIE	1,00	B	473,20	473,20
			Sous-Total	473,20
Total prestations externes				473,20

	Total général	919,26
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> NEUF CENT DIX-NEUF DIRHAMS VINGT-SIX CENTIMES		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	919,26				919,26	0,00

Temara, le : 06/11/2023

M. ELOVERBI Sara

faire svp:

- NFS
- CRP
- ECRB



Dr. OUZZAHRA Marouane
Réanimation
Urgence
NPE: 041297615





2311060037 - Mme Sara ELOUERBI

BIOCHIMIE SANGUINE

Contrôle de Qualité Quotidien(PreciControl® - Mannheim Germany)

Protéine C-réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie - Sérum/Plasma)

251.00 mg/L

(<5.00)

Validé biologiquement par:

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK
Laboratoire d'analyses biologiques médicales



Docteur Sana EL ANJRI

Spécialiste en analyses de biologie médicale

N°3124, Av. Dr. Abdelkrim El Khatib, Al Wifak, Témara

INPE: 107168056 - Tél: 0537 40 30 30



Dr Imad EL YAAGoubi

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

د. عماد اليكوبي

مدير المركز، صيدلاني إحيائي
الرقم الوطني الاستدلالي المهني: 107163479

Dossier enregistré le : 06-11-2023

Prélèvement du 06-11-2023 à 11:15

Code patient : 2311060035

Edition du : 08-11-2023

Mme Sara ELOUERBI

Né(e) le : 08-01-1995 (28 ans)

Prescripteur : Dr Fahd BENDAHDANE

Dossier N° : 2311060037



HEMATOLOGIE

International Quality Control (E-CHECK XE® -Kobe Japan)

HEMOGRAMME

Technique de Référence : Cytométrie de flux SYSMEX XN SERIES

Numération Globulaire

Hématies (Globules rouges)	4.89	M/ μ L	(3.60-5.60)
Hémoglobine	14.10	g/dL	(10.40-16.80)
Hématocrite	40.90	%	(32.10-47.80)
VGM	84	fL	(80-100)
TCMH	28.8	pg	(24.4-34.4)
CCMH	34.5	g/dL	(30.0-36.0)

Formule leucocytaire :

Leucocytes (Globules blancs)	18 990	/mm ³	(3 800-11 000)
Neutrophiles	89.7 %	soit 17 034 /mm ³	(1 200-8 600)
Eosinophiles	0.0 %	soit 0 /mm ³	(10-1 090)
Basophiles	0.2 %	soit 38 /mm ³	(0-100)
Monocytes	5.8 %	soit 1 101 /mm ³	(200-1 100)
Lymphocytes	4.3 %	soit 817 /mm ³	(800-4 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	177 000	/mm ³	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	12.4	fl	(8.9-14.0)

Validé biologiquement par:

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK
Laboratoire d'analyses biologiques médicalesDocteur Samir ANJRI
Spécialiste en analyses de biologie médicaleN°3124, Av. Dr Abdelkrim El Khatib, Al Wifak, Témara
INPE: 107168056 - Tél: 0537 40 30 30

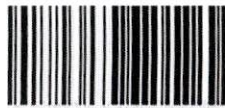
CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 231100245

TEMARA le 06-11-2023

Mme Sara ELOUERBI

N° de dossier : 2311060037

Date de l'examen : 06-11-2023

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0370	CRP	B	100
0216	Numération formule	B	80

Total des B¹ : 180

TOTAL DOSSIER : 261.20MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante et un dirhams vingt centimes

¹ le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3124, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20



2311060035 – Mme Sara ELOUERBI

Examen bactériologique

Cultures :

(Sur milieux de cultures bactériologiques : CLED+/-SABOURAUD.)

Interpretation de l'ECBU

Négatives .

Absence d'infection urinaire.

Validé biologiquement par:

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK
Laboratoire d'analyses biologiques médicales



Docteur Sanae TANIR
Spécialiste en analyses de biologie médicale

N°3124, Av. Dr. Abdelkrim El Khatib, Al Wifak, Témara
INPE: 107168056 - Tél: 0537 40 30 30





Dossier enregistré le : 06-11-2023
Prélèvement du 06-11-2023 à heure non
communiquée
Code patient : 2311060035
Edition du : 08-11-2023

Mme Sara ELOUERBI

Né(e) le : 08-01-1995 (28 ans)

Prescripteur :

Dossier N° : 2311060035



BACTERIOLOGIE

Selon les dernières recommandations du G.B.E.A. et du R.E.M.I.C.

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

Aspect :

(Macroscopie)

Légèrement trouble

Examen biochimique:

Proteines:

(Chromatographie capillaire)

Positive +

Sucre:

(Chromatographie capillaire)

Négative

Corps cétoniques:

(Chromatographie capillaire)

Positive +

Nitrites:

(Chromatographie capillaire)

Négative

Sang:

(Chromatographie capillaire)

Négative

pH:

(Chromatographie capillaire)

6.0

(5.0-7.0)

Examen cytologique par technique automatisée:

Globules blancs:

16 /mm³

(<20)

Globules rouges :

3 /mm³

(<20)

Cellules épithéliales :

Assez nombreuses

Cylindres :

Absence

Cristaux :

Absence

Levures :

Absence

Parasites :

Absence

Validé biologiquement par:

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK
Laboratoire d'analyses biologiques médicales



Docteur Sana EL ANJRI

Spécialiste en analyses de biologie médicale

N°3126, Av. Dr Abdelkrim EL Khatib, Al Wifak, Témara

INPE: I07168056 - Tél: 0537 40 30 30



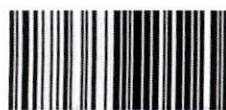
CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 231100246

TEMARA le 06-11-2023

Mme Sara ELOUERBI

N° de dossier : 2311060035

Date de l'examen : 06-11-2023

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
FLS	Dispositifs de prelevement steriles	E	11
0241	Cytologie, culture, identification	B	90

Total des B¹ : 90

TOTAL DOSSIER : 131.60MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente et un dirhams soixante centimes

¹ le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3124, Avenue Docteur Abdelkarim El Khatib

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20