

## 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.

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

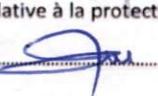


## Déclaration de Maladie

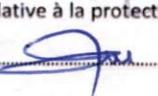
N° W21-826534

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 131468	Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL OUERBI SARA		
Date de naissance : 01-01-1995		
Adresse : Lot 4 Résidence Oléa app 15 2 <sup>e</sup> étage Leypmaur		
Domicile : 0639869134		
Tél. : 019, 24 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
INPE : 041297615 DOUZZAHRA MOHAMED	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : Douleur abdominale	
Age: 11 DEC. 2002	
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.	
Fait à :	
Signature de l'adhérent(e) : 	
Le : / /	

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 : Signature de l'adhérent(e) :  Le : / /

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Centre de Biologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Reçu et signature du Laboratoire et du Radiologue	06/11/23	B 1.80	2.61. + 2.00 DH
INPE : 103061172 Laboratoire d'Analyses et Spécialités Médicales Tél: 0537/40.30.30 Fax: 0537/40.30.36 AH	06/11/23	B 90	1.31. 60 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

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

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

Temara, le : 06/11/13

## EL OUG RBI SARA

Patient de 3 mois avec ABCD - Myélite  
Traitement avec p - dant pelluie  
l'an - autre patient stable sur la  
hémodynamique et respiratoire.

Bil : sans résultat.

Patient hospitalisé par PG chirurgicale.

Dr. OUZZAHRA Marouane  
PG  
Réanimation  
Urgence  
IMPE: 041292415



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
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>25,08</b>
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
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>20,98</b>
(*) Conditionnement hospitalier		<b>Total pharmacie</b>	<b>46,06</b>

**POLYCLINIQUE WIFAK**

**F A C T U R E**

N° Admission : 23K0211-02A

N° 879 / 2023 du 06/11/2023

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

	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
			<b>Sous-Total</b>	<b>400,00</b>
PHARMACIE	1,00		46,06	46,06
			<b>Sous-Total</b>	<b>46,06</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>446,06</b>
<i>BIOLOGIE</i>				
BIOLOGIE	1,00	B	473,20	473,20
			<b>Sous-Total</b>	<b>473,20</b>
<b>Total prestations externes</b>				<b>473,20</b>

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

	<b>Espèces</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
Encaissements	<b>919,26</b>			<b>919,26</b>	<b>0,00</b>

Temara, le : 06/11/2023

Mr ELOUERBI Sana

faire sup.

- NFS
- CRP
- ECBU



Dr. OUZZAHRA Marouane  
Réanimation  
Urgence  
INPE: 041297615



**Dr Imad EL YAAGOUBI**

Directeur du centre  
Pharmacien Biogiste  
INPE - Professionnel: 107163479



**Laboratoire Certifié ISO 9001**

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 Samia LANJRI**  
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

**Dossier enregistré le :** 06-11-2023  
**Prélèvement du** 06-11-2023 à 11:15  
**Code patient :** 2311060035  
**Edition du :** 08-11-2023

**مركز التحاليل الطبية**  
**الوَفَاق**  
 مختبر للتحاليل الطبية و المتخصصة  
**الجودة، قيمة أساسية في عماننا**  
**د. عmad اليعقوبي**  
 مدير المركز، صيدلاني إحياءي  
 الرقم الوطني الاستدلالي المهني: 107163479

**Mme Sara ELOUERBI**  
**Né(e) le :** 08-01-1995 (28 ans)  
**Prescripteur :** Dr Fahd BENDAHMANE  
**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/ $\mu$ 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 <sup>3</sup>	(3 800-11 000)
Neutrophiles	89.7	% soit	17 034 /mm <sup>3</sup> (1 200-8 600)
Eosinophiles	0.0	% soit	0 /mm <sup>3</sup> (10-1 090)
Basophiles	0.2	% soit	38 /mm <sup>3</sup> (0-100)
Monocytes	5.8	% soit	1 101 /mm <sup>3</sup> (200-1 100)
Lymphocytes	4.3	% soit	817 /mm <sup>3</sup> (800-4 000)

#### Numération plaquettaire

Plaquettes	177 000	/mm <sup>3</sup>	(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 médicales  
 Docteur ~~Samia~~ ~~ANJRI~~  
 Spécialiste en analyses de biologie médicale  
 N°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](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://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 B<sup>1</sup> : 180

**TOTAL DOSSIER : 261.20MAD**

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

<sup>1</sup> 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

**Dr Imad EL YAAGOUBI**

Directeur du centre  
Pharmacien Biologiste  
INPE - Professionnel: 107163479



**Laboratoire Certifié ISO 9001**

**مركز التحاليل الطبية  
الوَفَاق**  
مختبر للتحاليل الطبية و المتخصصة  
الجودة، قيمة أساسية في عملنا

**د. عmad اليغوبى**

مدير المركز، صيدلاني إحيائي  
الرقم الوطني الأستدلالي المهني: 107163479

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 Sara 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

**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 /mm<sup>3</sup> (<20)

Globules rouges :

3 /mm<sup>3</sup> (<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 Sanae ELANURI

Spécialiste en analyses de biologie médicale

N°3124, Av. Dr. Abdellah 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](mailto:contact@cbw.ma)

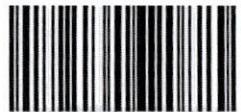
Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

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 0241	Dispositifs de prélèvement stériles Cytologie, culture, identification	E B	11 90

Total des B<sup>1</sup> : 90

**TOTAL DOSSIER : 131.60MAD**

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

<sup>1</sup> 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