

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Déclaration de Maladie

W21-838634

2009 ~~2001~~ 2009 ~~2001~~

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 01690

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné[e]

Autre

Nom & Prénom :

MAROUFI

JAMAL Eddine

Date de naissance :

07.08.1944

Adresse :

Secteur 8, Résidence Jouglaas, 34m 3^e App 3
Ave. Allal Ben Abdellah - 444 Ryad - Rabat

Tél. : 0664171744

Total des frais engagés : 1221,- Dhs

Autorisation CNP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAHYANI Hind
Réanimation Anesthésie
8, rue de Tunis-Hassan - Rabat
Tél: 06 32 41 01 01 INDE: 101201204

Date de consultation :

HAROUFI JAMAL Eddine Age: 79 Ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Insertion endoprothétique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

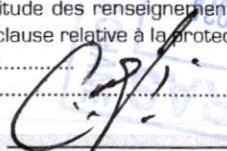
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 17/02/2024

Signature de l'adhérent[e] :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-838634

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule : 01690

Nom de l'adhérent[e] : MAROUFI JAMAL

Total des frais engagés : 1221,- Dhs

Date de dépôt : 13.03.2024

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
17/02/2021		5	6000	DR. LAYLA ALI PEND Réanimation dentaire 8, rue de Tunis Hassan - Nabeul Tél: 06 37 41 01 01 - INPE : 101251204

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 Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Layla Ali Pend Hippocrate Tél: 05 37 41 01 01 louni.j99@gmail.com	16/02/2021	83 D.I.C	803.000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Rabat - Maroc Institut de Formation et de Recherche en Santé Dentaire	17/02/2021		C-DS			1018,00

VOLET ADHERENT

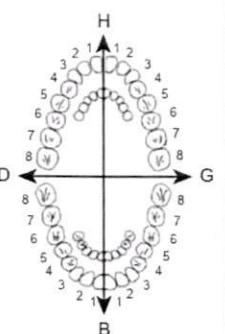
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	[Creation, remont, adjonction]	Montant des Honoraires
D	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	
B		
G		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Polyclinique Internationale de Rabat

Polyclinique pluridisciplinaire

8, Rue de Tunis, Quartier Hassan - Rabat - Maroc
(à côté du Mausolée Mohammed V)

Tél : +212 537 20 61 61

Fax: +212 537 20 49 16

Site Web : www.polycrabat.com



مصحة الرباط الدولية

مصحة متعددة الاختصاصات -

8، زنقة تونس، حي حسان - الرباط - المغرب
(قرب ضريح محمد الخامس)

الهاتف: +212 537 20 61 61

+212 537 20 49 16

الفاكس: www.polycrabat.com
الموقع الإلكتروني:

Maamfi Fesal Zeldine Le: 15/2/24

Demande de Sang

- 03 culte globuleux

+

Groupe Sangue
Rhénus

DR. LAHYANI HIND

Médecin Anesthésiste

POLYCLINIQUE DE RABAT

8, Rue Tunis Hassan - Rabat

Tél. : +212 537 20 01 01 - INPE: 101261204

Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
RABAT



وزارة الصحة
المركز الجيوي لتحاقن الدم
- الرباط -
+ 212 39 97 49 87 - Fax : +212 39 97 49 87 - www.meddem.ma

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000001222308

Date et heure: 16/02/2024 - 20:21

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR homologue Déleucocyté Syst clos	 01240767134	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



نتائج التحليلات الطبية

معلومات تخص المريض

Nom : MAARROUF
Prenom : JAMAL EDDINE
N° du dossier : 1068265
Etablissement : POLYCLINIQUE RABAT
Service :
Réf de demande : 317136
N° de séjour :

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر

Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
RABAT



وزارة الصحة

T. C. U. O. I. + A8 O.

المركز الجهوي لتحاقن الدم

. C. C. O. I. C. I. E. I. B. O. R. K. I. E. A. C. C. I.

- الرباط -

BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000001222308

Date et heure 16/02/2024 - 20:21
Etablissement POLYCLINIQUE RABAT (00000000C1)

Malade no 1068265
Nom et prenom MAARROUFI JAMAL EDDINE
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 317136

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0001	01240767134		O +		1	28/03/2024		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

Signature responsable

ABDELLAH.E



MADINAT AL IRFANE, Avenue Allal al Fassi, Rue Mfedel Charkaoui- Instituts, BP : 180 Rabat

Tél :+212 5 37 77 59 64/ 39 97 – Fax : +212 5 37 77 49 87 – www.meddem.ma



Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
RABAT



وزارة الصحة
+212 5 37 77 59 64 / +212 5 37 77 49 87
المركز الجهوي لتحاقن الدم
• C. O. I. C. I. E. I. B. O. R. R. I. E. A. C. C. I.
- الرباط -

BON de DISTRIBUTION

NUMERO 0000001222759

Date et heure 17/02/2024 - 17:27
Etablissement POLYCLINIQUE RABAT (00000000C1)

Malade no 1068265
Nom et prenom MAARROUFI JAMAL EDD
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 317141

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0001	01230505069		O +		1	28/03/2024		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

Signature responsable
AOUATIF.E



Polyclinique Internationale de Rabat

Polyclinique pluridisciplinaire

8, Rue de Tunis, Quartier Hassan - Rabat - Maroc
(à côté du Mausolée Mohammed V)

Tél: +212 537 20 61 61

Fax: +212 537 20 49 16

Site Web : www.polycrabat.com



مصحة الرباط الدولية

مصحة متعددة الاختصاصات

8, زنقة تونس، حي حسان - الرباط - المغرب

(قرب ضريح محمد الخامس)

+212 537 20 61 61

الهاتف:

+212 537 20 49 16

fax: www.polycrabat.com

الموقع الإلكتروني:

Maaoui Jamal
NFS

* T.P.TCA

- Hme

- Creux

- HSAIC

- ECBU

Lahyani Hind
6, Rue 1, 70000 Rabat - Maroc
Tél: 0527 771991
ztouni99@gmail.com

DR. LAHYANI HIND

Médecin Anesthésiste

POLYCLINIQUE DE RABAT

8, Rue Tunis, Hassan - Rabat

Tél.: 06 32 41 01 01 - INPE: 101261204

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNE

Dr. JAMAL ZITOUNI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie
Biochimie Hormonologie
Bactériologie Mycologie
Virologie
Parasitologie
Immunologie

Mr. MAAROUFI JAMALEDINE

Dossier ouvert le : 16.02.24

Prélèvement effectué à 09:04.

Edition du : 16.02.24.

Réf. : 24B1AC

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS) (Sur Automate Horiba ABX)

	Normales	Antériorités
		12.10.23

NUMERATION GLOBULAIRE

LEUCOCYTES	:	8 900	/mm3	4000 - 10000	4800
HEMATIES	:	4 ,70	M/mm3	4,2 - 6	4,20
HEMOGLOBINE	:	13,2	g/100 ml	13 - 18	12,6
HEMATOCRITE	:	44,0	%	38 - 52	39,0

CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

VOLUME GLOBULAIRE (V.G.M.)	:	94	μ 3	80 - 95	93
CHARGE (T.C.M.H.)	:	28,1	pg	27 - 32	30,0
CONCENTRATION (C.G.M.H.)	:	30,0	%	32 - 36	32,3

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. NEUTROPHILES	:	56	%	4 984	/mm3	45 - 70 %	55
P. EOSINOPHILES	:	3	%	267	/mm3	< 5 %	2
P. BASOPHILES	:	0	%	0	/mm3	< 2 %	0
LYMPHOCYTES	:	34	%	3 026	/mm3	20 - 40 %	36
MONOCYTES	:	7	%	623	/mm3	2 - 7 %	7
PLAQUETTES	:	320	000 /mm3			150 - 350	284

HEMOSTASE (Sur Automate Amelung K c 4 A)

	Normales	Antériorités
--	----------	--------------

TAUX DE PROTHROMBINE (TP)

Sujet :	13,0	sec.	
(Témoin :	13,5	sec.)	
TP :	100	%	80 - 100 (Sauf si traitement)
I.N.R. :	1,0		(Zone thérapeutique : 2,0 à 4,5)

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN (TCK)

Sujet :	34	sec	30 - 40
(Témoin :	30	sec.)	

Laboratoire ZITOUNE
Rue Al Karm - 3ème étage
Tél: 05 37 71 19 91
Zitouni.j99@gmail.com

Laboratoire d'Analyses Médicales Zitoune

Avenue Al Arz , 6 Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat - Tel/Fax :**0537 71 19 91**
CNSS:2664573 Pat:25561780 RC:62756 IF: 39436792 INPE:103002036 ICE:001783161000021
RIB : BP 181810 2121142804510006 64 Hay Ryad Rabat



16 févr. 24

Mr. MAAROUFI JAMALEDDINE

FACTURE N°	61357
------------	-------

Analyses :

Numération Formule Sanguine -----	B	80	
Taux de Prothrombine -----	B	40	
Temps de céphaline kaolin -----	B	40	Total : B 160

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
	TOTAL DOSSIER		203,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Trois Dirhams

*Laboratoire ZITOUNE
6, Rue Al Karm Hay Ryad Rabat
Tél: 05 37 71 19 91
zitouni.j99@gmail.com*