

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 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 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.

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

W21-838634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MIAAROUFI JAMAL ESSAINE

Date de naissance : 07.08.1944

Adresse : SECTEUR 8, RESIDENCE JOUILLAN, IM B' APPE 3

Ave ASSOLB, WAT RYAD, RABAT

Tél. : 0664171744 Total des frais engagés : 1221,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MIAAROUFI JAMAL ESSAINE Age : 79 Ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : infection cutanée purulente

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 : Rabat 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.

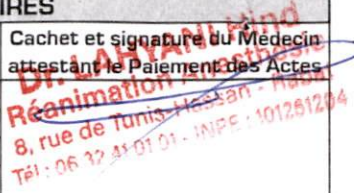
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690


Nom de l'adhérent(e) : MIAAROUFI JAMAL


Total des frais engagés : 1221,00 Dhs

Date de dépôt : 13.03.2024

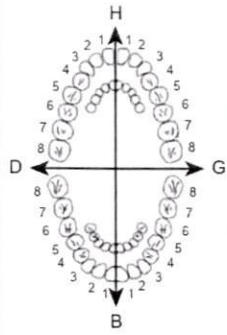
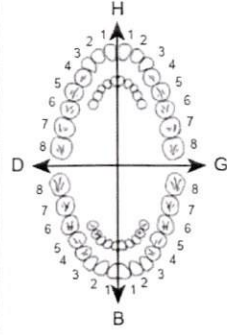
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/02/2024		5	6500	

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
	16/02/24	2 P.A.C	803000v

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	17/02/24		2	15		1015,00

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
																				
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			Montant des Honoraires																
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, زقة تونس، حي حسان - الرباط - المغرب

(قرب ضريح محمد الخامس)

الهاتف: +212 537 20 61 61

الفاكس: +212 537 20 49 16

الموقع الإلكتروني: www.polycrabat.com

Maarmfi Jamal Eddine Le: 15/02/24

Démunt de Sang

- 03 culs globules

+

- Groupage sang
Rhesus

DR. LAHYANI HIND
Médecin Anesthésiste

POLYCLINIQUE DE RABAT

8, Rue Tunis, Hassan - Rabat

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

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 Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض Information concernant le malade

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

Première détermination		Deuxième détermination	
Date de réception	: 15/02/2024	Date de réception	:
Heure de réception	: 18:57	Heure de réception	:
N° du prélèvement	: 9658109	N° du prélèvement	:
Groupe sanguin	: O Positif	Groupe sanguin	:
Phénotype	: C+c+D+E-e+	Phénotype	:
	: K-		:
RAI	: Négative	RAI	:
Test de coombs	:	Test de coombs	:
Anti corps Irrégulier	:	Anti corps Irrégulier	:

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر

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





المملكة المغربية
Royaume du Maroc
ⵜⴰⴳⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⴷⵓⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⴳⴷⵓⴷⴰⵢⵜ

وزارة الصحة
† . C . U . ☼ † ‡ A8 ☼
المركز الجهوي لتحاقن الدم
. CC . ☉ . | C | E I § ☼ KR | ✂ A . CI
- الرباط



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



مصلحة الرباط الدولية

مصلحة متعددة الاختصاصات

8, زقاق تونس، حي حسان - الرباط - المغرب

(قرب ضريح محمد الخامس)

الهاتف: +212 537 20 61 61

الفاكس: +212 537 20 49 16

الموقع الإلكتروني: www.polycrabat.com

Maamfi Jamal 15/02/24

* NIFS

* TP. TCR

- Hsu

- Creu

- HSAc

- ECBC

Lahyani HIND
6, Rue de Tunis, Quartier Hassan - Rabat
Tél: 0537 771991
Zitouni.j99@gmail.com

DR. LAHYANI HIND

Médecin Anesthésiste

POLYCLINIQUE DE RABAT

8, Rue de 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 JAMALEDDINE

Dossier ouvert le : 16.02.24

Prélèvement effectué à 09:04.

Edition du : 16.02.24.

Réf. : 24BIAC

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	μ3	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)

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 - Hay Ryad - Rabat
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