

## 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

W21-845223

Co 202436

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE  
 Date de naissance : 04.08.1944  
 Adresse : Résidence TOULANAR TUN B Apt 3 Ave ADDIB Juy Mad. Rabat  
 Tél : 0664141744 Total des frais engagés : 111,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saïd BENOMAR  
 CARDIOLOGUE  
 3, Rue Sahel EL Aaj  
 App N°3 - Rabat  
 Tél : 0537 72 56 91 - Gsm : 0661 66 58 18  
 INPE : 101099901

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/3/24  
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL EDDINE Age : 79 Ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Cardiaque  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Cardiaque  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-845223

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) : MAAROUFI JAMAL  
 Total des frais engagés : 111,20 Dhs  
 Date de dépôt : 09.04.2024



# 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
29/3/24	Gc			Dr. BENOMAR 12, rue de Sidi El Ael Rabat 0667 66 88 18 INSEE : 111009907

# 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
Laboratoire ZITOUNE 6 Rue Al Azim Havy Tél: 05 37 71 19 91 zitouni.j99@gmail.com	29/03/24	B 80 P 1.5	111.000DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

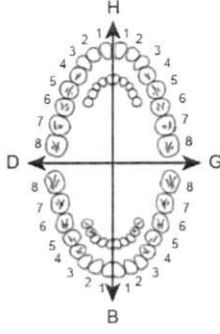
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

# ORDONNANCE

Dr. Said BENOMAR  
CARDIOLOGUE  
3, Rue Sahel EL Aaj  
App N°3 - Rabat  
Tél: 0537 72 56 91 - Gsm : 0661 66 58 18  
INPE : 101099901

Le 29/3/24

J. Maoufi  
Jannal Eddine

fini

NPS

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

Dr. Said BENOMAR  
CARDIOLOGUE  
3, Rue Sahel EL Aaj  
App N°3 - Rabat  
Tél: 0537 72 56 91 - Gsm : 0661 66 58 18  
INPE : 101099901

# 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 : 29.03.24

Prélèvement effectué à 10:48.

Edition du : 29.03.24.

Réf. : 24C2A8

Page : 1

## Compte Rendu d'Analyses

### HEMATOLOGIE

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

Normales

Antériorités

16.02.24

##### NUMERATION GLOBULAIRE

LEUCOCYTES	:	<b>7 600</b>	/mm3	4000 - 10000	8900
HEMATIES	:	<b>4 ,60</b>	M/mm3	4,2 - 6	4,70
HEMOGLOBINE	:	<b>13,1</b>	g/100 ml	13 - 18	13,2
HEMATOCRITE	:	<b>41,0</b>	%	38 - 52	44,0

##### CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

VOLUME GLOBULAIRE (V.G.M.)	:	<b>89</b>	μ3	80 - 95	94
CHARGE (T.C.M.H.)	:	<b>28,50</b>	pg	27 - 32	28,1
CONCENTRATION (C.G.M.H.)	:	<b>32,0</b>	%	32 - 36	30,0

##### FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. NEUTROPHILES	:	<b>62</b>	%	4 712 /mm3	45 - 70 %	56
P. EOSINOPHILES	:	<b>2</b>	%	152 /mm3	< 5 %	3
P. BASOPHILES	:	<b>0</b>	%	0 /mm3	< 2 %	0
LYMPHOCYTES	:	<b>30</b>	%	2 280 /mm3	20 - 40 %	34
MONOCYTES	:	<b>6</b>	%	456 /mm3	2 - 7 %	7

PLAQUETTES	:	<b>269</b>	000 /mm3	150 - 350	320
------------	---	------------	----------	-----------	-----

**Dr. J. ZITOUNI**  
Biologiste

# 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



29 mars 24

Mr. MAAROUFI JAMALEDDINE

FACTURE N°	62155
------------	-------

Analyses :

Numération Formule Sanguine -----	B	80	Total : B 80
-----------------------------------	---	----	--------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	111,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Onze Dirhams

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