

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 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-510105

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel. :

Total des frais engagés

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 :

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 votre médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 31/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-510105

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
09 JAN 2020	G		2105636181	Dr Adel EL KHAYABI Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux N°43 RUE AL QODS LADYOUNE Tél: 0520 89 00 20 / GSM: 0553 18 77 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

9101/2020 09.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

10/01/2020 3410 475.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d

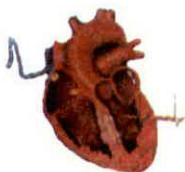
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS []																					
				DATE DU DEVIS []																					
			DATE DE L'EXECUTION []																						

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

SABHI Khachija

① Phytogen

0 - 0 - 1

② Aspegre 500

1 - 1 - 1

③ Stimol

1 - 1 - 0

29,00

④

Juvamine 1000 mg

Dr Adel EL KHATABI

Spécialiste des Maladies
Du Cœur et des Vaisseaux

N°43 Ave. AL Qods Hay Moulay Rachid
Tél : 0528.89.04.20 / 0528.89.77.42

PHARMACIE WAFDA
Dr EL ADAM Moulay Ali
36, Avenue AL Qods Hay Moulay Rachid
Tél : 0528.89.39.44

Laâyoune le 09 JAN 2020

Le : 09 JAN 2020

Bilan Biologique

Nom/Prénom : SABHI Khadija Age :

Hématologie

- ☒ NFS
☒ Plaquettes
☐ VS
☐ CRP
☐ Hémoculture

Bilan Martial

- ☐ Fer Sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

Hémostase

- ☒ T de Prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR

Glucose

- ☒ Glycémie à jeun
☐ Hyperglycémie par VO
☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme Urinaire

- ☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Na+
☐ K+
☐ Cl-
☐ Urée
☐ Créatinine

Bilan Lipidique

- ☐ CHT
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ Triglycérides

Fonction Hépatique
et Enzymologie

- ☐ Amylasémie
☒ Bilirubine Libre et conjuguée
☐ Phosphates acides
☒ I SABHI KHADIJA
 Né le 11/01/1966 F
 Dossier 100120 061 09h43
 ETIQUETTE SECRETAIRAT
☒
☐
☐
☐ Tropopine
☐ Electrophorèse des Protéines EPP

Ionogramme Sanguin

- ☐ Na+
☐ K+
☐ Cl-
☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Mg++
☐ Bicarbonates (HC03-)
☐ Urée
☐ Créatine
☐ Acides Urique

Sérologie

et Immunologie

- ☐ VDRL-TPHA
☐ Hépatite B
 ○ Antigène Hbs
 ○ Anticorps Anti-Hbs
 ○ Anticorps Anti-Hbc
 ○ Anticorps Anti-Hbe
☐ Hépatite C
☐ Anticorps Anti-HVC
☐ B-HCG Plasmatisque
☐ Facteur Rhumatoïde :
 ○ (er Rose)
 ○ rps anti-nucléaires
 ○ rps anti-DNA natif
 ○ e du Complément

des Urines

- ☐ Protéinurie des 24h
☐ ECBU
☐ AntibioGramme

Autre :

Signé : Dr Adel ELKHATABI
 Dr Adel EL KHATABI
 Spécialiste des Maladies
 Du Cœur et des Vaisseaux
 N°45 Rue EL QOUTADYOUNE
 Tél : 0626 89 04 20 / GSM : 0641 88 77 40

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPECIALISEES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale

Diplôme d'Université d'Antibiothérapie

Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



مركز التحليلات الطبية
والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

إحياى

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (ليون ومونبلييه)
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Mme SABHI KHADIJA

100120 061

FACTURE : 12865 2001

Laayoune, le 10/01/2020

ANALYSES :

5020	TAUX DE PROTHROMBINE	B	040
0571	RESERVE ALCALINE	B	040
1601	BILIRUBINE D/I/T	B	070
0519	GAMMA G.T.	B	050
0516	TGP (ALAT)	B	050
0517	TGO (ASAT)	B	050
0552	GLYCEMIE A JEUN	B	030
1104	NUMERATION FORMULE	B	080

TOTAL B 410

TOTAL DOSSIER : 475,00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre cent soixante quinze Dh

مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة
Centre d'analyses médicales
et scientifiques spécialisées
الدكتور القمر
Docteur EL KAMAR

135, Avenue Mekka Laâyoune 70 000 شارع مكة العيون



05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20 - 05 28 89 29 68 - camss2013@gmail.com

RC : 12648 - CNSS : 2374619 - IF : 18748458 - ICE : 001592284000090 - INPE : 023001464



Mme SABHI KHADIJA

Dossier : 100120 061

DN : 11/01/1966

1 / 3

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME (SYSMEX: Fluorescence en Cytométrie de flux)

(Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge et du sexe)

NUMERATION GLOBULAIRE

Hématies.....	3,94	M/mm ³	(4 à 5,40)	15/08/19 : 4.31
Hémoglobine.....	12,0	g/dl	(12,0 à 15,50)	15/08/19 : 13.0
Hématocrite.....	38,1	%	(35 à 50)	15/08/19 : 38.5
V.G.M.....	97	fl	(80 à 97)	15/08/19 : 89
T.G.M.H.....	30,5	pg	(27 à 32)	15/08/19 : 30.2
C.C.M.H.....	31,5	%	(32 à 35)	15/08/19 : 33.8
COEFFICIENT D'ANISOCYTOSE:	12,7	%	(11,5 à 15)	15/08/19 : 13.2
Leucocytes.....	5 510	/mm ³	(4 000 à 10 000)	15/08/19 : 4810

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	56,8	%		
Soit	3 130	/mm ³	(2 000 à 7 000)	15/08/19 : 2477
Polynucléaires Eosinophiles :	1,6	%		
Soit	88	/mm ³	(40 à 750)	15/08/19 : 91
Polynucléaires Basophiles.. :	0,4	%		
Soit	22	/mm ³	(< 200)	15/08/19 : 29
Lymphocytes :	29,4	%		
Soit	1 620	/mm ³	(1000 à 4000)	15/08/19 : 1722
Monocytes..... :	11,8	%		
Soit	650	/mm ³	(200 à 900)	15/08/19 : 491

NUMERATION DES PLAQUETTES.... 200 000/mm³ (150 000 à 400 000) 15/08/19 : 195000





Docteur EL KHATTABI ADIL

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 10/01/2020

Edité le: 10/01/2020

Résultats complets

Mme SABHI KHADIJA

Dossier : 100120 061

DN : 11/01/1966

2 / 3

BIOCHIMIE

(HITACHI 912)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN	0,85 g/l	(0.70 à 1.10)	
Soit	4,72 mmol/l	(3.89 à 5.83)	
TRANSAMINASES T.G.O (ASAT)	158 UI/l	(< 31)	15/08/19 : 131
TRANSAMINASES T.G.P (ALAT)	110 UI/l	(< 34)	15/08/19 : 108
GAMMA G.T	47 UI/l	(< 38)	15/08/19 : 45
BILIRUBINE TOTALE	6,70 mg/l	(2 - 12)	15/08/19 : 6.40
BILIRUBINE DIRECTE	2,10 mg/l	(< 3)	15/08/19 : 2.30
BILIRUBINE INDIRECTE	4,60 mg/l	(< 10)	15/08/19 : 4.10
RESERVE ALCALINE	31,0 mEq/l	(22 à 30)	





Docteur EL KHATTABI ADIL

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 10/01/2020

Edité le: 10/01/2020

Résultats complets

Mme SABHI KHADIJA

Dossier : 100120 061

DN : 11/01/1966

3 /3

COAGULATION

(SYSMEX CA500)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

TAUX DE PROTHROMBINE

Taux de Prothrombine 75,0 %
I.N.R 1,13
résultat contrôlé

INTERPRETATION

Patient sans A.V.K. : TP (75 à 100%)
: INR (1.0 à 1.1)
Patient sous A.V.K:
Prévention d'une thrombose veineuse : INR (1.8 à 3.0)
Prévention d'une thrombose veineuse récidivante : INR (2.5 à 4.2)
Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires: INR (2.5 à 4.2)
Prévention d'une thrombose artérielle : INR (3 à 4.5)
Valves cardiaques, mécaniques : INR (3 à 4.5)

Un hématocrite > 55 % ou < 20 % peut interférer avec le dosage

