

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Hopital Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# MUPRAS

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

## Maladie

## Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3482

Société :

RAM

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ADDEL

Abdelhamid

Date de naissance :

18/01/52

Adresse :

23 Rue Ibnou Habib - Casab. Maroc

Tél. :

0661 31 15 42

Total des frais engagés :

100,00

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/01/2009

Age :

22

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

lymphomes à grandes cellules

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 : CASABLANCA Le : 30/01/2009

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
30/07/2020	consultation	6		INPI 2020 Signature : [Signature]

## **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
	30/01/20	P80	150,00 Dh

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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	INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين والأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

٣١٥٧٦

Nom / Prénom :

Hme El Hoss Rabiq

Age :

Renseignements cliniques :

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS + plaquettes<br><input type="checkbox"/> Réticulocytes<br><input type="checkbox"/> Urée<br><input type="checkbox"/> Créatinine<br><input type="checkbox"/> ASAT / ALAT<br><input type="checkbox"/> GGT<br><input type="checkbox"/> Phosphatases Alkalines<br><input type="checkbox"/> Bilirubine<br><input type="checkbox"/> VS<br><input type="checkbox"/> CRP<br><input type="checkbox"/> Ferritine<br><input type="checkbox"/> Glycémie à jeun<br><input type="checkbox"/> Fibrinogène<br><input type="checkbox"/> TP<br><input type="checkbox"/> TCK<br><input type="checkbox"/> D-Dimères<br><input type="checkbox"/> Autres | <input type="checkbox"/> Myélogramme<br><input type="checkbox"/> Natrémie<br><input type="checkbox"/> Kaliémie<br><input type="checkbox"/> Calcémie<br><input type="checkbox"/> Acide urique<br><input type="checkbox"/> Sérologie HBS<br><input type="checkbox"/> Sérologie HCV<br><input type="checkbox"/> Sérologie HIV<br><input type="checkbox"/> LDH<br><input type="checkbox"/> B2microglobuline<br><input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides<br><input type="checkbox"/> Protéinurie des 24h<br><input type="checkbox"/> Electrophorèse de l'hémoglobine |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Dr. SAADIA ZAFAD  
Centre d'Hématologie et Oncologie  
Clinique Al Madina



مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية  
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales  
Laboratoire certifié ISO 9001 V.2008



7jours/7

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

Dr. BENMILLOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

**FACTURE N° : 200100726**

Casablanca le 30-01-2020

**Mme Rabia EL HAOU EP ADEL**

Demande N° 2001300017

Date de l'examen : 30-01-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 100DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirham s

Code INPE : 093000214  
AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 0003555000000328 25



مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Mâârif Extension, Casablanca  
Tél : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : scha43@menara.ma  
IR : 18801592 • TP : 25805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008



## مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V. 2015



**7j/7**

Prestations à domicile  
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 14-01-2020 à 09:17  
Code patient : 1805100023  
Né(e) le : 01-01-1955 (65 ans)

Mme EL HAOU EP ADEL Rabia  
Dossier N° : 2001140011  
Prescripteur : Dr Fatine MERIMI



### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

\*Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, etat physiologique du patient(e)\*

Hématies :	4.00	M/mm3	(3.90-5.40)
Hématocrite :	31.70	%	(35.50-45.50)
Hémoglobine :	10.10	g/dL	(12.00-15.60)
VGM :	79	fL	(80-101)
TCMH :	25	pg	(27-34)
CCMH :	32	g/dL	(28-36)
 Leucocytes :	 10 200	/mm3	(3 600-10 500)
 Polynucléaires Neutrophiles :	 67	%	
Soit:	6 834	/mm3	(2 000-7 500)
 Lymphocytes :	 18	%	
Soit:	1 836	/mm3	(1 000-4 000)
 Monocytes :	 13	%	
Soit:	1 326	/mm3	(<1 100)
 Polynucléaires Eosinophiles :	 1	%	
Soit:	102	/mm3	(0-600)
 Polynucléaires Basophiles :	 1	%	
Soit:	102	/mm3	(0-150)
 Plaquettes :	 573 000	/mm3	(150 000-450 000)

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna  
مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENMLOUD Loubna

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maârif Extension Casablanca (مطريق الجديدة) 240, Bd. Brahim Roudani Maârif  
Tel: 0522 25 79 25 / 0522 25 39 61 • Fax: 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail: [sqallilab@gmail.com](mailto:sqallilab@gmail.com)  
Caseblanca • Patente: 35805014  
\*\* 18801592 • TP: 35805014 • ICE: 001728063000020 • CNSS: 4981006 • CDDC INPE: 093000214

Page 1 / 1