

## 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

- Réclamation : 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.

**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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-460356

58408

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 810 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL FADEL Ahmed

Date de naissance : 01.01.1935

Adresse : Hay Mou Abdelhak Rue 189 N° 14  
Ain el Hocke

Tél. : 0661107955 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : 03 FEB 2009

Nom et prénom du malade : [Blank]

Age : [Blank]

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

Nature de la maladie : [Blank]

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [Blank]

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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
08/01/2021				INP : [Signature]
01/01/2021				
01/01/2021				
01/01/2021				
01/01/2021				

### 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
<p>مختبر الصقلي التحليلات الطبية</p> <p>LABORATOIRE SCILLI D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr. BENMILLOU</p> <p>20, Bd Brahim Roudani Madrif</p> <p>Tel: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61</p> <p>Casablanca - Patient: 35805014</p>	08-01-2021		180,00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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			MONTANTS DES SOINS [ ]																
			DATE DU DEVIS [ ]																	
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 8-1-21 : الدار البيضاء، في

AHmed EL FADEL.

NFS de control.



**Dr Houda ARSALANE**  
Anesthésiste-Réanimateur  
Tél: 0522 94 22 66  
Tél: 0917 02 4 09

AR SALANE



Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales  
Laboratoire certifié ISO 9001 V2008



7jours/7

Dr. BENMILOU Loubna, Médecin biologiste,  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Détient un diplôme de qualité en sciences de la santé  
Titulaire d'un diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

**FACTURE N° : 210100108**

Casablanca le 08-01-2021

**Mr Ahmed EL FADEL**

Demande N° 2101080041

Date de l'examen : 08-01-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
DEP	DEPL A DOMICILE	E50	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 180DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirham s

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOU Loubna  
240, Bd. Beldjard Roudani Maârif  
Tel. 06 22 25 18 25 / 76 39 61  
Casablanca - Patente 5806014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine

RIB : 007 780 0003555000000328 25





Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 08-01-2021 à 11:21

Code patient : 2101060050

Né(e) le : 01-01-1935 (86 ans)

Mr EL FADEL Ahmed

Dossier N° : 2101080041

Prescripteur :



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

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

06-01-2021

Hématies :	3.91	M/mm3	(4.00-5.65)	3.16
Hématocrite :	26.80	%	(37.00-49.00)	18.90
Hémoglobine :	8.50	g/dL	(12.50-17.20)	5.20
VGM :	69	fL	(80-101)	60
TCMH :	22	pg	(27-34)	16
CCMH :	32	g/dL	(28-36)	28

Leucocytes : 18 980 /mm3 (3 600-10 500) 25 160

Polynucléaires Neutrophiles : 29 %  
Soit: 5 504 /mm3 (2 000-7 500) 6 038

Lymphocytes : 22 %  
Soit: 4 176 /mm3 (1 000-4 000) 7 800

Monocytes : 12 %  
Soit: 2 278 /mm3 (<1 100) 2 516

Polynucléaires Eosinophiles : 0 %  
Soit: 0 /mm3 (0-600) 0

Polynucléaires Basophiles : 37 %  
Soit: 7 023 /mm3 (0-150) 8 806

Plaquettes : 677 000 /mm3 (150 000-450 000) 948 000

Commentaire :

Anémie hypochrome microcytaire, à compléter par un dosage de la ferritine.  
Leucocytose marquée.  
Thrombocytose contrôlée.

Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD Loubna