

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 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 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

N° W21-624869

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSSE LAHoucine

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhafid N° 07 Hay EL Hassani

Tél. : 06 67 19 73 83

Total des frais engagés : 355,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2021

Nom et prénom du malade : SOUSSE LAHoucine Age : 30/06/1946

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 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 : Le : 18/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-624869

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 : 3462

Nom de l'adhérent(e) : SOUSSE LAHoucine

Total des frais engagés : 355,00 DH

Date de dépôt :

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
	12/05/01	B300	3 150,00

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

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 : 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. PROTHÈSES 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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Le.....

05/02/2021

Ordonnance

Sous: Hassan

- brie - wint

- ACUF

- NFS + Ig

- CH₂ ITG

- Puer

Dr. AINADE IHAM
Néphrologue - Hémodialyse
Médecine Chef du Centre
Hémodialyse Laayoune
MPE: 021 66855



CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

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

إحياني

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

Mr. SOUSSI Lahoucine

120521 011

FACTURE : 32813 2105

Laayoune, le 12/05/2021

ANALYSES :

3000	PROTEINURIE 24H/ECHANT	B	050
0590	TRIGLYCERIDES	B	050
3010	CHOLESTEROL	B	030
0532	ACIDE URIQUE	B	030
0592	CREATININE	B	030
0591	UREE	B	030
1104	NUMERATION FORMULE	B	080

TOTAL B 300

PRELEVEMENTS : ! 1 T1 25,00

Soit 25,00 Dhs

TOTAL DOSSIER : 355,00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
Trois cent cinquante cinq Dh

مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة
Centre d'analyses médicales
et scientifiques spécialisées
135, Avenue Mekka Laayoune 70 000
05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20 - 05 28 89 29 68 - camss2013@gmail.com

135, Avenue Mekka Laayoune 70 000 شارع مكة العيون

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

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

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
إحساني

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

Mr. SOUSSI Lahoucine

Dossier : 120521 011

DN : 30/06/1946

Docteur AIMADE

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 12/05/2021 à 09h17

Edité le: 12/05/2021

Résultats complets

2 / 2

BIOCHIMIE

(HITACHI 912)

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
UREE	:	0,64 g/l (0.15 à 0.48) 10,62 mmol/l (2.76 à 8.07)	
CREATININE (Calibrée sur la méthode IDMS)	:	13,7 mg/l (7.0 à 13) 120,6 µmol/l (44 à 124)	
ACIDE URIQUE	:	65 mg/l (35 à 72) 387 µmol/l (155 à 428)	
CHOLESTEROL TOTAL	:	1,42 g/l (< 2.00) 3,7 mmol/l (4.10 à 5.20)	
TRIGLYCERIDES	:	0,53 g/l (< 1.50) 0,61 mmol/l (< 1.70)	

CHIMIE URINAIRE

(HITACHI 912)

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
DATE DE RECUEIL DES URINES	:	12/05/2021	
DIURESE	:	2 000 ml/24h	
PROTEINES URINAIRES	:	96 mg/l 192 mg/24h (VR< à 140)	



CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

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
إحيائي

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

Mr. SOUSSI Lahoucine

Dossier : 120521 011

DN : 30/06/1946

Docteur AIMADE

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 12/05/2021 09h17

Edité le: 12/05/2021

Résultats complets

1 / 2

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	:	4,54	M/mm ³	(4,3 à 5,90)	18/02/21 : 4.40
Hémoglobine	:	13,7	g/dl	(13,50 à 17,0)	18/02/21 : 13.3
Hématocrite	:	39,7	%	(35 à 50)	18/02/21 : 39.3
V.G.M	:	87	fl	(80 à 97)	18/02/21 : 89
T.G.M.H	:	30,2	pg	(27 à 32)	18/02/21 : 30.2
C.C.M.H	:	34,5	%	(32 à 36)	18/02/21 : 33.8
COEFFICIENT D'ANISOCYTOSE:	:	13,2	%	(11,5 à 15)	18/02/21 : 13.6
Leucocytes	:	5 440	/mm ³	(4 000 à 10 000)	18/02/21 : 5570

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	45,1	%		
		2 453	/mm ³	(2 000 à 7 000)	18/02/21 : 3375
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,6	%		
		141	/mm ³	(40 à 750)	18/02/21 : 128
Polynucléaires Basophiles	:	0,7	%		
		38	/mm ³	(< 200)	18/02/21 : 39
Lymphocytes	:	43,0	%		
		2 339	/mm ³	(1000 à 4000)	18/02/21 : 1587
Monocytes	:	8,6	%		
		468	/mm ³	(200 à 900)	18/02/21 : 440

NUMERATION DES PLAQUETTES : 168 000 /mm³ (150 000 à 400 000) 18/02/21 : 196000

