

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0020575

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : 12AM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : CHAFI Khalid
Date de naissance : 08/09/1977
Adresse : 18 AL ASSIL MOHAMMEDIA
Tél. : 0668407177 Total des frais engagés : 180 Dhs

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 l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : MOHAMMEDIA Le : 02/09/21
Signature de l'adhérent(e) : 



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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : /-

CONTRACTANTE : LESIEUR / 867044/
NOM DE L'ASSURE EL KHALFI FATIHA
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 19584326 / 80597

CONTRAT N°9106 60 / 357000
CERTIFICAT N°2185878 MATRICULE 343
DATE DE LA DECLARATION : 06/04/2021
DATE DE REMBOURSEMENT : 22/04/2021

* La cotation de l'acte effectuée selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

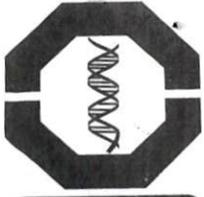
| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS | VOUS AVEZ PAYE | REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMBOURSEMENT | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMBOURSEMENT |
|---------------|------------------------|----------------|--------------------------------|-----------------------|----------|------------|--------------------------|
| 13 | Analyses medicales | 180.00 | | 180.00 | | 90% | 162.00 |
| TOTAUX | | 180.00 | | 180.00 | | | 162.00 |

OBSERVATIONS :

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

an



LABORATOIRE
CENTRAL

المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

الحمدية - (في اتجاه باب القصة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

Date du prélèvement : 06-04-2021 à 17:30

Code patient : 1812250424

Né(e) le : 01-01-1964 (57 ans)

Edition du : 06-04-2021

Mme EL KHALFI FATIHA

Référence : 2104060193

Prescripteur :

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

(Technique chronométrique STA- Neoplastine CL STAGO)

| | | |
|--------|----------------|----------------|
| Témoin | 12.5 s | |
| Sujet | <u>26.90</u> s | (12.00-14.00) |
| TP | <u>24.70</u> % | (70.00-100.00) |
| INR | 4.10 | |

| INDICATIONS INR : | Intervalle toléré |
|---|-------------------|
| Prévention primaire des thromboses veineuses : - Traitement des thromboses veineuses et embolies pulmonaires | 2-3 |
| Prévention des embolies récidivantes : - Prothèses valvulaire mécanique - Embolie systémique récidivantes | 2.5-4.5 |

NB : INR sous réserve du respect de la posologie prescrite.

www.labocentral.ma



Dr. Mohamed EL HAJAJI
Tél. 05 23 31 20 31

الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمان السريغيني (في اتجاه القصة) - الحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

سواء في المنزل أو في المختبر : 06 73 74 73 88



LABORATOIRE
CENTRAL

المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

الحمدية - (في اتجاه باب القصة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

Date du prélèvement : 06-04-2021 à 17:30

Code patient : 1812250424

Né(e) le : 01-01-1964 (57 ans)

Edition du : 06-04-2021

Mme EL KHALFI FATIHA

Référence : 2104060193

Prescripteur :

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUIN

(Cytométrie en flux Sysmex XT-1800i)

| | | |
|-----------------------------|------------------------|----------------|
| GLOBULES ROUGES | 4.22 M/mm ³ | (4.20-5.00) |
| Hémoglobine | 12.90 g/dl | (12.00-16.00) |
| Hématocrite | 38.50 % | (35.00-51.00) |
| VGM | 91 µ ³ | (83-93) |
| TCMH | 31 pg | (26-35) |
| CCMH | 34 g/100ml | (31-37) |
| GLOBULES BLANCS | 7 700 /mm ³ | (4 000-10 000) |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | | |
| Poly. Neutrophiles | 46.00 % | |
| Soit: | 3 542 /mm ³ | (2 000-7 500) |
| Poly. Eosinophiles | 3.00 % | |
| Soit: | 231 /mm ³ | (100-400) |
| Poly. Basophiles | 0.00 % | |
| Soit: | 0 /mm ³ | (0-150) |
| Lymphocytes | 44.00 % | |
| Soit: | 3 388 /mm ³ | (1 000-4 000) |
| Monocytes | 7.00 % | |
| Soit: | 539 /mm ³ | (100-1 000) |
| Total | 100 % | |

NUMERATION DES PLAQUETTES

| | | |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| PLAQUETTES | 270 000 /mm ³ | (150 000-400 000) |
| FROTTIS SANGUIN | Formule sanguine : Cytologie normale | |



www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمان السرخيني (في اتجاه القصة) - الحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED
Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICE: 001781528000074

INPE: 093002509

Pat: 39450049

IF: 34637815

FACTURE N° : 210400187

MOHAMMEDIA le 06-04-2021

Mme EL KHALFI FATIHA
2104060193

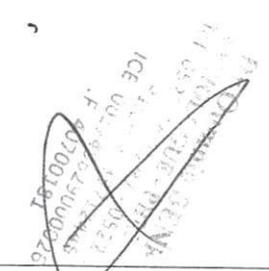
| Récapitulatif des analyses | | | |
|-----------------------------------|---------------------|------------|--------------|
| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
| 9105 | Prélèvement sanguin | E25 | E |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| | TP PROTHROMBINE | B40 | B |

Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 180.00 DH

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



| | Dates des actes médicaux | Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes | Montant des honoraires |
|-----------------------|----------------------------|--|------------------------|
| Médecin traitant | 06/04/2015 R.M. |  | G |
| Pharmacie | | | |
| Analyses / Radiologie | 06/04/2015 Bido tipe |  | 180,00 |
| Auxiliaires médicaux | | | |

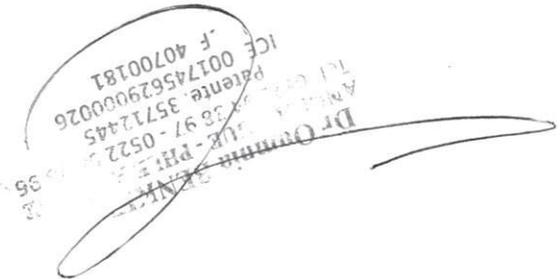
مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدوالي CENTRE d'EXPLORATION VASCULAIRES

Dr. oumnia BENKIRANE
Diplômée de la faculté de
Médecine de Limoges
Angiologue - Phlébologue
Maladies des Artères - Veines
Lymphatique
Traitement des varices

د. بكنيران
دبلوم بكلية
الطب
في الشرايين،
الوريدية،
والوريدية

06/04/2015 R.M.
GLHALEF Fokh

Dr. Oumnia Benkirane


Dr. Oumnia BENKIRANE
Angiologue - Phlébologue
Patente: 35712445
Tél: 05 23 31 20 31
F: 40700181
ICE 001745629000026

VOLET DÉTACHABLE

Résidence Kheir 237,
angle Rd. Zerkaoui

ع الزرقطوني 237