

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051783

83912

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.

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

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2862 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BELHABRA AHMED
 Date de naissance : 01-01-1954
 Adresse : Rue 92 N°32 GPB OULFA Co-Ser
 Tél. : 0667442244 Total des frais engagés : 430,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/21
 Nom et prénom du malade : RABIAA STAILI 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.

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 26/07/21

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
26/07/12	C			Dr. RACHID Safia Pneumo-Physiologie Chu Ibn Rochd Casablanca

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
	27/12/13	B-380	430.000DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

ORDONNANCE

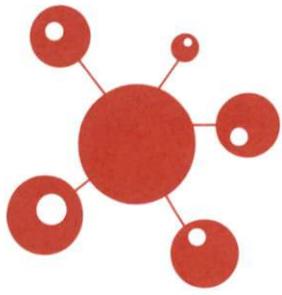
Le 26/07/21

Nome Rabaa Staili

- NFS
- CRP
- D-Dimères

LABORATOIRE ORLJO
Analyses Médicales
Dr. Saïd El-HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tel : 0522.90.90.44
N° ICE : 00162908000005

Dr. RACHID Safia
Pneumo-Phtisiologie
Ch. Ibn Rochd Casablanca



مختبر التحليلات الطبية
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 210700495

CASABLANCA le 27-07-2021

Mme Rabia STAILI

Demande N° 2107272032

Date de l'examen : 27-07-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
0216	Numération formule	B80	B
0235	D-DIMERES	B200	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 380

TOTAL DOSSIER : 430.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente dirhams

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05-22 90 90 44
N° ICE : 001698908000008

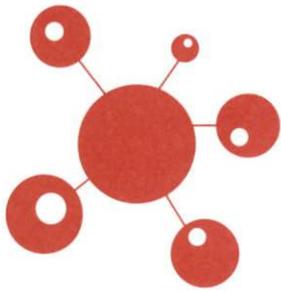
RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T P : 34044873 - I F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

A Casablanca, le Mardi 27 Juillet 2021

Dossier N° : 2107272032

Mme Rabia STAILI

Né(e) le : 08-08-1964

Prélevé le : au labo 27-07-2021 11:42

Prescription :

Mme Rabia STAILI
CASABLANCA



HEMATOLOGIE
HEMOGRAMME

			03-05-2017
Hématies :	4.850 T/l	(4.100-5.400)	4.600
(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)	4 850 000 /mm ³	(4 100 000-5 400 000)	
Hémoglobine :	13.7 g/100 ml	(12.7-15.9)	14.0
Hématocrite :	41.8 %	(37.0-47.0)	41.6
VGM :	86.2 µ3	(81.0-99.0)	90.4
TCMH :	28.2 pg	(>27.0)	30.4
CCMH :	32.8 g/100 ml	(31.0-36.5)	33.7
RDW :	13.1 %	(0.0-18.5)	13.1
Leucocytes :	4 740.0 /mm ³	(4 000.0-10 500.0)	5 860.0
Poly. Neutrophiles :	67.3 %		53.7
Soit:	3 190 /mm ³	(1 800-7 300)	3 147
Poly. Eosinophiles :	0.4 %		4.8
Soit:	19 /mm ³	(30-580)	281
Poly. Basophiles :	0.4 %		0.5
Soit:	19 /mm ³	(0-230)	29
Lymphocytes :	24.1 %		29.7
Soit:	1 142 /mm ³	(1 100-3 340)	1 740
Monocytes :	7.8 %		11.3
Soit:	370 /mm ³	(300-1 010)	662
Plaquettes	232 000 /mm ³	(150 000-400 000)	307 000
(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)			

Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tel : 05 22 90 90 44
N° ICE : 001698908000008

Page 1 sur 2

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008

2107272032 – Mme Rabia STALLI

COAGULATION

Sang total citraté

D-Dimères

(D-Dimer FIA SD BIOSENSOR nouvelle technique depuis 20/07/20)

176.0 ng/ml (<500.0)

– Une valeur inférieure à 500 ng/ml permet d'éliminer, dans plus de 95% des cas, une thrombose veineuse profonde.

BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec, gel, héparine

CRP

(Immunoturbidimétrie)

<5.0 mg/l (<5.0)

03-05-2017

<5.0

Validé biologiquement par le Dr BIOLOGISTE Assistant

LABORATOIRE MEDICAL
Analyses Médicales
Dr. Saïd El HAMANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tel : 05 22 90 90 84
N° ICE : 001624008200008
www.laboratoire-medical.ma