

# 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.

## Pathologie 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° M21- 0005689

84958

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03905

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ANNOUNI Wania

Date de naissance : 27/10/1951

Adresse : Apt MR 134 ATLAS GOLF RESORT  
NABHIL SUD MARRAKECH

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2021

Nom et prénom du malade : ANNOUNI Wania

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neoplasie Mammaire

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 : 29/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

C. Inf

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
07.09.21				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07-09-21	134,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/09/21	B80 + p =	130 D17

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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 : **07/09/2021**

**Mme ANNOUNI NAIMA**

35,70 x 2

**ALPRAZ 0,5 MG 28 CPS**



1 cp le Soir pendant 3 mois

**PROFENID 100 MG 30 CPS**

1 cp deux fois par jour pendant le repas pour 7 jours

**BALLONYL BT/60**



1 cp trois fois par jour

63,30



1742  
PHARMACIE  
DU LYCEE CHAWKI  
Lamiaa BENCHERKOUNI  
21, Rue Ibnou Bouraid Zerkouni  
Tél: 0522 24 52 90 - Casablanca



1347

PHARMACIE  
DU LYCEE CHAWKI  
Lamiaa BENCHERKOUNI  
21, Rue Ibnou Bouraid Zerkouni  
Tél: 0522 24 52 90 - Casablanca

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com  
Site web : www.ciocasablanca.ma

Centre International d'Oncologie - Radiothérapeute  
Oncologue - Radiothérapeute  
Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél: 0522 77 81 81

**AKDITAL**  
Acteur de Santé





INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE

Casablanca le 06-09-2021

**MUPRAS**  
**Mme Naima ANNOUNI**  
**Prescripteur : Dr Naoufal MAMOU**

Demande N° 2109060234

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 130.00 DH

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

**Dr Nouredine LOUANJLI**

مختبر التحليلات الطبية لبوماك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMAC  
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél.: 0522.20.74.22 / 22.14.95 - Fax: 0522.26.83.03

مختبر التحليلات الطبية لبوماك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMAC  
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél.: 0522.20.74.22 / 22.14.95 - Fax: 0522.26.83.03

Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080  
Tél : 05.22.47.33.83 / 05.22.20.74.22 / 05.22.29.77.06 / 05.22.22.14.95 / 06.61.06.15.99 / 06.61.06.35.99 / Fax : 05.22.26.83.03  
e-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080.  
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 06-09-2021 à 09:40  
Code patient : 2003170045  
Né(e) le : 27-10-1951 (69 ans)



Mme Naima ANNOUNI  
Dossier N° : 2109060234  
Prescripteur : Dr Naoufal MAMOU

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automates : Sysmex XN-2000 et Mindray BC-6800)

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

<b>Hématies :</b>	3.39	M/mm3	(3.85-5.20)	3.61
Hémoglobine :	11.3	g/dL	(11.8-15.8)	11.8
Hématocrite :	33.2	%	(35.0-45.5)	34.7
VGM :	98	fL	(80-101)	96
TCMH :	33	pg	(27-34)	33
CCMH :	34.0	g/dL	(28.0-36.0)	34.0
RDW-CV :	13.9	%	(0.0-18.5)	13.9
<b>Leucocytes :</b>	5 910	/mm3	(3 600-10 500)	5 870
Polynucléaires Neutrophiles :	56	%		43
Soit:	3 310	/mm3	(2 000-7 500)	2 524
Lymphocytes :	39	%		51
Soit:	2 305	/mm3	(1 000-4 000)	2 994
Monocytes :	3	%		4
Soit:	177	/mm3	(<1 100)	235
Polynucléaires Eosinophiles :	1	%		1
Soit:	59	/mm3	(0-600)	59
Polynucléaires Basophiles :	1	%		1
Soit:	59	/mm3	(0-150)	59
<b>Plaquettes :</b>	311 000	/mm3	(150 000-450 000)	319 000

المختبرات الطبية لـ لومـاك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr Naoufal MAMOU  
06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

Page 1 / 1

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. رب. الدا البيضاء - رب. 40. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - رب.

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000