

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 070543 <sup>WS</sup>

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13145 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 22 12 18 18 Total des frais engagés : 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.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-70543

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-645443

melfellah@royalairmaroc.com

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13745 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELFELLAH MAHMOUD

Date de naissance : 16/03/1994

Adresse : 30, LATROUBAII, RTE MEHDIA, SALE

Tél. : 0622121811 Total des frais engagés : 1276,00 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.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

### 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
LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES JURISDISCIPLINAIRES Dr Jawad KARAT Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua Tél: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11	31.08.21	B: 1/60	1276 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

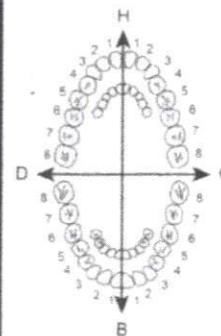
SOINS DENTAIRES

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

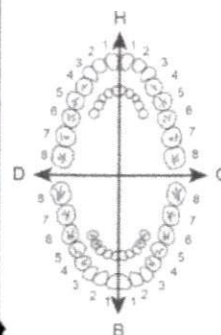
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



[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



# Ordonnance

Dr. Leila GHARNATEI  
Médecin Généraliste  
Lot. Mabrouka - Imb 11 Apt 2  
SALE - Tél.: 05 37 84 55 05

Le :

28/08/21

Nom/Prénom :

El Hrichi

Âge :

Aburet, Houck

GM. H3D1C

NFA. feuh

TH

ih D2 ID3

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES

Dr Jawad KARRAT

Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua  
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

Dr. Leila GHARNATEI  
Médecin Généraliste  
Lot. Mabrouka - Imb 11 Apt 2  
SALE - Tél.: 05 37 84 55 05



# LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA  
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

**FACTURE N° : 210000140**

**INPE :**



067167650

DEROUA le 31-08-2021

**Mme ELHRICHI Nour El Houda**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0439	Vitamine D	B450
0163	TSH	B250
0216	Numération formule	B80
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0118	Glycémie	B30
0154	Ferritine	B250

Total des B : 1160

TOTAL DOSSIER : 1276.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent soixante-seize dirhams .

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES  
Dr. Jawad HABIBAT  
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua  
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591





# المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Date du prélèvement : 31-08-2021 à 09:38

Code patient : 20210831012

Né(e) le : 12-03-2000 (21 ans)

Mme ELHRICHI Nour El Houda

Dossier N° : 20210831012

Prescripteur : Dr GHARANATEI LEILA



Résultats

Normes

Antécédents

## HEMATOLOGIE – CYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

(mindray BC5380)

#### LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

(cytométrie de flux)

Hématies	4.59	M/ml	(4.01–5.19)
Hémoglobine	10.9	g/dL	(11.5–14.9)
Hématocrite	34.3	%	(34.4–43.9)
VGM	74.7	fL	(74.7–94.2)
TCMH	23.7	pg	(24.4–32.1)
CCMH	31.8	%	(31.9–35.8)

#### LIGNEE LEUCOCYTAIRE

(cytométrie de flux)

Leucocytes	4 860	/mm <sup>3</sup>	(4 020–11 420)
Neutrophiles	48.20 %	soit 2 343 /mm <sup>3</sup>	(1 750–7 500)
Eosinophiles	5.00 %	soit 243 /mm <sup>3</sup>	(40–550)
Basophiles	0.40 %	soit 19 /mm <sup>3</sup>	(0–90)
Lymphocytes	40.30 %	soit 1 959 /mm <sup>3</sup>	(1 370–3 970)
Monocytes	6.10 %	soit 296 /mm <sup>3</sup>	(200–710)

#### LIGNEE PLAQUETTAIRE

(impédance)

Plaquettes	336 000	/mm <sup>3</sup>	(185 000–445 000)
------------	---------	------------------	-------------------





# المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

20210831012 – Mme Nour El Houda ELHRICHI

## BIOCHIMIE SANGUINE

INDICE DE LIPEMIE  
INDICE D'HEMOLYSE  
INDICE D'ICTERE

LIMPIDE  
NON HEMOLYSE  
NON ICTERIQUE

### GLYCEMIE A JEUN

(methode enzymatique, mindray BS-240Pro)

0.89 g/l (0.74–1.06)  
4.94 mmol/l (4.11–5.88)

### HEMOGLOBINE GLYQUEE (HBA1c)

(methode HPLC, HLC-723-GX)

4.9 % (4.0–6.0)

D'après l'HAS, le taux d'hémoglobine glyquée (HBA1c) dans le plasma veineux reflète l'équilibre moyen des glycémies des 3 derniers mois et se dose 4 fois par an.

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes :

- Diabète de type 1 : entre 7 et 7,5 %
- Diabète de type 2

Patient	Seuil décisionnel
Traitement par ADO Grossesse Nouvellement diagnostiqué, sans antécédent cardio-vasculaire	Inférieur à 6,5 %
Traitement par insuline Antécédent cardio-vasculaire non évolué Insuffisance rénale chronique modérée	Inférieur à 7 %
Antécédent cardiovasculaire évolué Insuffisance rénale chronique sévère Personne âgée dite « fragile »	Inférieur à 8 %
Personne âgée dite « malade »	Inférieur à 9 %

Ces chiffres communiqués par l'HAS ne sont que des indications. Pour une personne donnée, les objectifs glycémiques sont individualisés, fixés avec le médecin et réévalués dans le temps. Ils vont dépendre du type de diabète, de la nature de son traitement, de l'âge du patient et des complications et des pathologies éventuellement associées

### FERRITINE

(Immunoturbidimétrie, mindray BS-240-PRO)

4 µg/L (12–135)

## HORMONOLOGIE

### THYREOSTIMULINE (TSH)

(Immunofluorescence, mini vidas blue)

2.690 mUI/l (0.250–5.000)





# المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

20210831012 - [[patientNomComple

## VITAMINOLOGIE

**25-(OH)-VITAMINE D (D2+D3)**

(Immunofluorescence, mini vidas blue)

11.10 ng/ml

### Interprétation ( Recommandations GRIO 2019 )

Carence	:	< à 10 ng/ml
Valeurs souhaitables pour la population générale	:	20 à 60 ng/ml
Valeurs souhaitables pour la population à risque ostéoporotique	:	30 à 60 ng/ml
Possible intoxication	:	> à 150 ng/ml

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES  
Dr Jawad KARRAT  
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua  
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

Validé par : Dr. Karrat Jawad