

## 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

- Reclamation : 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angé Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-649960

Ordo Analyses + Résultat  
+ ordo Echo.

91513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1024

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom :

SOUMI Mohamed

Date de naissance :

01.01.1941

Adresse :

HAY ELHANAR WE 17 N=25 CASA

Tél. :

0696474860

Total des frais engagés :

503 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14/01/2021

Nom et prénom du malade :

HMANI EL AYABIA

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.

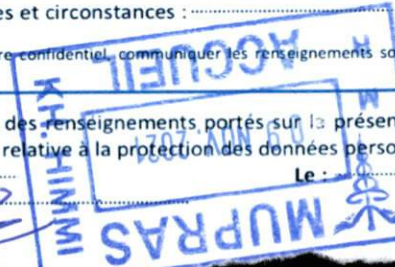
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



Autorisation CNCP N° : A-2315/2019



### 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

8/9/2022	C			INP : <input type="text"/>
----------	---	--	--	----------------------------

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	------------------------------	------------------------

	14/09/2022		400,00
--	------------	--	--------

	14/09/2022	B21, B22	
--	------------	----------	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

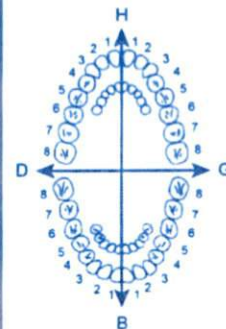
--	--	--	--

--	--	--	--

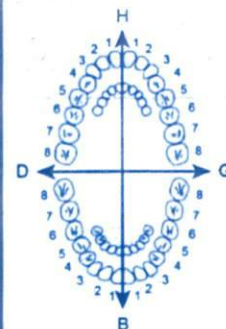
--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## ORDONNANCE

Ouarzazate le :

Saïda Amami Aïchia -

DR. AMAM AÏCHIA  
MÉDECIN DES URGENCES  
CHP OUARZAZATE

Cache du Médecin



مصدة ورزازات  
POLYCLINIQUE OUARZAZATE

Ordonnance

Ouarzazate le: 14/09/2021

Age 21/969  
CIN = P125621

M<sup>me</sup> EL Ayadi HMANI

Dr. ZOHAI

Dr. ZOHAI OTMANI  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES OUARZAZATE  
LOT CENTRE N°129, 1ER ETAGE - OZTE®  
Tél : 05.24.88.26.83

POLYCLINIQUE OUARZAZATE  
Dr. Samir OTMANI IDRISSI  
DIRECTEUR





CH F

NEI 5872/2008

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المنظمة الجهوية للصحة  
سوس - ماسة - درعة  
المنطقة الإقليمية للصحة  
المركز الإستشفائي الإقليمي  
وقدانات

Demande d'examen Radiologique

Nom :

El Aydra

Prénom :

Hann

Renseignements Cliniques :

Examen demandé :

AS/P

debut

Médecin traitant

Dr. AGARRAM ABDESSAMAD  
Chirurgie générale

الدكتور أكرام عبد الصمد  
الجراحة العامة

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES OUARZAZATE**  
Adresse : Imm N° 129 1<sup>er</sup> étage lot centre (en face clinique chifa)  
Tél : 05.24.88.26.83 Email : laboouarzazate@gmail.com

Ouarzazate , le 14/09/2021

**Facture**

N° facture 21-2336

Date 14/09/2021

INPE : 0430636 92

Mme HMANI El Ayadia

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80	88,00
S	Prélèvement sang veineux	1	15,00
		<b>Total B</b>	80.00
		<b>Total</b>	103,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

cent trois Dirhams \*\*\*

INPE: 043063692

**Dr. ZOHAIR AIT OUZDI**  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES OUARZAZATE  
LOT CENTRE N° 129, 1<sup>ER</sup> ETAGE - OZTE  
Tél : 05.24.88.26.83

# POLYCLINIQUE OUARZAZATE

24, SIDI HSAINE

## F A C T U R E

N° : 2763 / 2021 du 14/09/2021

Nom patient **HMANI EL AYADIA**  
**PAYANT**

Entrée 14/09/2021

Sortie 14/09/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE ABDOMINAL	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00

POLYCLINIQUE OUARZAZATE  
Dr Samir OTMANIDRISSI  
DIRECTEUR



Ouarzazate, le 14/09/2021

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 140921-033 Pvt du: 14/09/2021 11:22

Nom : Mme HMANI El Ayadia

Prescripteur Dr : POLYCLINIQUE OUARZAZATE

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

Automate : Sysmex XS 1000 i

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<b>HEMATIES</b>	:	4,83 M/mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,3 )	3,82 (20/04/21)
Hémoglobine	:	12,8 g/dL	( 11,5 - 17,5 )	10,3 (20/04/21)
Hématocrite	:	38,7 %	( 36 - 46 )	32,3 (20/04/21)
VGM	:	80 fL	( 80 - 100 )	85 (20/04/21)
TCMH	:	27 pg	( 27 - 32 )	27 (20/04/21)
CCMH	:	33 %	( 30 - 35 )	32 (20/04/21)
<b>LEUCOCYTES</b>	:	6170 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	14090 (20/04/21)
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>	:			
Polynucléaires Neutrophiles	:	55,2 % Soit 3406/mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	10737 (20/04/21)
Lymphocytes	:	32,6 % Soit 2011/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	1846 (20/04/21)
Monocytes	:	9,2 % Soit 568/mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	1494 (20/04/21)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,4 % Soit 148/mm <sup>3</sup>	( 100 - 400 )	14,09 (20/04/21)
Polynucléaires Basophiles	:	0,6 % Soit 37/mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 100 )	0,00 (20/04/21)
<b>PLAQUETTES</b>	:	420 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )	334 000 (20/04/21)

**Dr. ZOHAI AIT OUZDI**  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES OUARZAZATE  
LOT CENTRE N°129, 1ER ETAGE - OZTE  
Tél : 05.24.88.26.83

Nous vous remercions de votre confiance



05 24 88 26 83



labouarazate@gmail.com



Imm N°129 1<sup>er</sup> étage lot centre  
(en face de la Clinique chifa, au dessus  
de la pharmacie principale) Ouarzazate

**PRÉLÈVEMENT À DOMICILE SUR RENDEZ-VOUS**