

## 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

- 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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-656430

98109

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7368

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : OUAHIM HOUSNI

Date de naissance : 04-10-67

Adresse : 23 LTS HAJ FATEH OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0668863944

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2021

Nom et prénom du malade : OUAHIM HOUSNI

Age : 16

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : A meurtre et aller à l'hôpital

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*



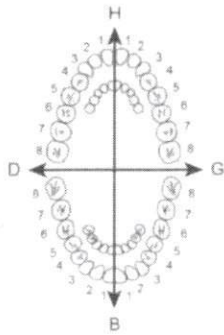
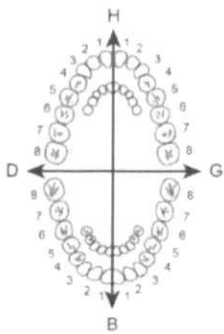
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/12/2021				

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
	20-12-21	B1130	1529,20 d.d

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 : Veuillez 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 : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														



# BILAN BIOLOGIQUE

Dr. EL RHANJAOUI Maria  
Délégation de Nouacer  
Ministère de la santé

Le : .....

20/10/2024

Nom / Prénom : OVARKESTE

NABBA

Age : .....

Sexe : H ☐

F ☐



NFS



Groupage sanguin



Glycémie à jeun



Glycémie post prandiale



HbA1c



Albuminurie



Microalbuminurie



GOT / GPT



Cholestérol Total



HDL-Cholestérol



LDL-Cholestérol



Triglycérides



Acide urique sanguin



T3 - T4



TSH



VS



Ionogramme sanguin



Urée sanguine



Créatinémie



Sérologie

- Toxoplasmose

- Syphilis

- Rubéole



Autres : .....

DOUALAB

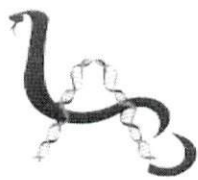
Dr. DADOUNE Loubna

Laboratoire d'Analyses Médicales

Lot Haj Fateh Oulfa - Casablanca

05221 000 000 - Fax 05221 900 000

Dr. EL RHANJAOUI Maria  
Délégation de Nouacer  
Ministère de la santé



مختبر التحاليل الطبية د.علاء لاجب  
Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna  
Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie  
Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

Facture

N° facture 21-5244

Casablanca, le 20/12/2021

Date de prélèvement 20/12/2021

OUAKKADI Hamza

Code Acte	Designation Acte	Cotation
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE	80
TP	EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION	40
TCA	EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION	40
GLY	Glycémie à jeun	20
FERRI	Ferritinémie	250
TSH	Thyréostimuline (TSH-us)	250
T3L	T3 Triiodothyronine libre	250
T4L	T4 Thyroxine libre	200

Total B	1130
Total en dirhams	1 529,20

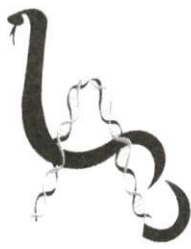
Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cinq cent vingt-neuf dirhams 20 centimes\*\*\*

DOUALAB  
Dr. DADOUNE Loubna  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
301 Lot Haj Fatah Oulfa - Casablanca  
Tél : (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700

Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB





# مختبر التحاليل الطبية دُعاء لاب

Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna  
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie Parasitologie  
Mycologie - Hormonologie - Virologie - Test Covid-19 autorisé

## Compte rendu d'analyses

Enf OUAKKADI Hamza

Date de naissance : 12/10/2011

Demandé par Dr: EL RHANZAOUI MARIA

Prélèvement du: 20/12/2021 7:16

Dossier N° : 201221016

Page : 1 / 3

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

Hématies	4,88	M/mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,4 )
Hémoglobine	13,0	g/dL	( 12,5 - 14,5 )
Hématocrite	40,2	%	( 35 - 45 )
VGM	82	fL	( 77 - 91 )
TCMH	27	pg	( 24 - 30 )
CCMH	32	%	( 30 - 35 )
Leucocytes	9 780	/mm <sup>3</sup>	( 4500 - 13500 )

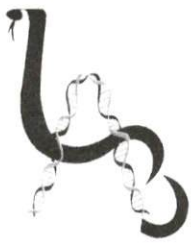
### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	46,30 %	( 30 - 60 )
	Soit 4528/mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )
Polynucléaires Eosinophiles	8,70 %*	( 1 - 4 )
	Soit 850,86/mm <sup>3</sup>	( 40 - 300 )
Polynucléaires Basophiles	0,62 %	( Inférieur à 1 )
	Soit 60,64/mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 100 )
Lymphocytes	38,21 %	( 30 - 60 )
	Soit 3737/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 6500 )
Monocytes	6,17 %	( 1 - 8 )
	Soit 603/mm <sup>3</sup>	( 40 - 800 )
Plaquettes	331 000	/mm <sup>3</sup> ( 150000 - 400000 )

DOUALAB  
Dr. DADOUNE Loubna  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
301 Lot Haj Fatah Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 900 300 - Fax: 0522 900 700

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa (Près Mosquée Haj Fatah) Casablanca - Tél.: 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700  
Bilan valide Biologiquement Le

Patente : 36225779 - RC : 400950 - IF : 40481510 - CNSS : 9044752 - ICE : 000435300000002



# مختبر التحاليل الطبية دُعاء لاب

Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna

Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie Parasitologie  
Mycologie - Hormonologie - Virologie - Test Covid-19 autorisé

Enf OUAKKADI Hamza

Date de naissance : 12/10/2011

Demandé par Dr: EL RHANZAOUI MARIA

## Compte rendu d'analyses

Prélèvement du: 20/12/2021 7:16

Dossier N° : 201221016

Dossier N° : 201221016

Enf OUAKKADI Hamza

Page : 3 / 3

## HORMONOLOGIE

T4 Thyroxine libre

17,40

pmol/l

(10,6 - 19,4)

DOUALAB  
Dr. DADOUNE Loubna  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
301 Lot Haj Fatah Oulfa - Casablanca  
Tél: (0522) 900 300 - Fax: (0522) 900 700