

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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° P19- 062559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1240 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 107752  
Nom & Prénom : LAHBABI Liliane  
Date de naissance : 11/7/1945  
Adresse : 405 B Route d'El Jadida  
Résidence Ghelid - Casablanca  
Tél. : 05 53720538 Total des frais engagés : 11000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



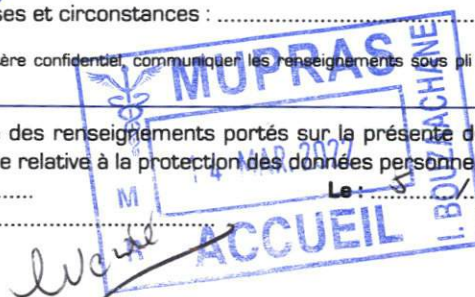
Date de consultation : 05/02/2022  
Nom et prénom du malade : LAHBABI LILIANE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : insuffisance rénale chronique, Hémolyse  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 5/2/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
05/02/2022		03	Gratuit	

### 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
	05/02/22	BAN	110 200

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 d

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</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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	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



# Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie  
Maladies des Reins et Hémodialyse  
Ancien Interne et Chef de Clinique  
des Hôpitaux de Paris  
Médaille d'or de la Faculté Cochin  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris

Casablanca, le 05-02-2022

Mme LAHBABI LILIANE.

- NFS, plaquettes.

- TP, INR.

Docteur Anis LAHLOU  
NÉPHROLOGUE  
Angle Bd Ghandi  
et 2 Rue Kadmiri Casablanca  
Tél: 05 22 25 61 48 INP: 091089383

LABORATOIRE  
ENAMOURG  
44, Abou Abdelmouneim  
Tél: 0522 98 92 15 / 0522 98 92 16  
Fax: 0522 98 92 37 - Casablanca

# مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جنوس

## Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham  
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida  
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 - Fax : 05 22 98 92 37 - Patente 35712064

I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - E-mail : labobenamour@menara.ma

Edition du : 05/02/2022

Matricule :



20205CR1474

Code Patient: 4AF1314

du : 05/02/2022

Mme LAHBABI LILIANE

Médecin: Dr. LAHLOU ANIS

**PRELEVEMENT FAIT AU  
CENTRE**

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

(ABX Pentra XL 80)

Globules rouges.....: **3.70**  
Hémoglobine.....: **11.6**  
Hématocrite.....: **36.1**  
V.G.M.....: **98.**  
T.C.M.H.....: **31.**  
C.C.M.H.....: **32.1**

M/mm<sup>3</sup>  
g/100ml  
%  
μ<sup>3</sup>  
pg  
%

Femme  
(4.0 - 5.0)  
(12 - 16.5)  
(36 - 44)  
(80 - 95)  
(27 - 32)  
(32 - 36)

Globules blancs.....: **6500**

/mm<sup>3</sup> (4 000 - 10 000)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles: **67**  
Polynucléaires Eosinophiles: **7**  
Polynucléaires Basophiles...: **0**  
Lymphocytes.....: **19**  
Monocytes.....: **7**  
TOTAL.....: **100.**

% Soit: 4355./mm<sup>3</sup> (1800-7000)  
% Soit: 455./mm<sup>3</sup> (0-500)  
% Soit: 0./mm<sup>3</sup> (0- 100)  
% Soit: 1235./mm<sup>3</sup> (1500 - 4000)  
% Soit: 455./mm<sup>3</sup> (100 -1000)  
%

PLAQUETTES.....: **291000**

/mm<sup>3</sup> (150000 - 450000)

### HEMOSTASE

#### TAUX DE PROTHROMBINE

Témoin.....: **100**  
Patient.....: **32**  
INR.....: **2.71**

%  
%

> 70%

35 (22/01/22)  
2.40 (22/01/22)

#### Interprétation

Prévention des thromboses veineuses

( 2 < INR < 3)

Prévention et traitement des thromboses veineuses récurrentes

( 2.5 < INR < 3.5)

Prévention des thromboses artérielles, valves cardiaques

( 3 < INR < 4)

Dr. GUESSOUS Saida  
Pharmacien Biologiste  
44, Abou Abdellah Nafii Maârif  
Casablanca  
Tél: 0522 98 92 15 / 0522 99 15 30  
Fax: 0522 98 92 37

Dr. GUESSOUS .

# مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جوسوس

## Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham  
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida  
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37  
Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

**Facture n° 114815**

CASABLANCA LE

05/02/2022

Analyses effectuées le: 05/02/2022

Pour.....: **Mme LAHBABI LILIANE**

Sur prescription du: Dr LAHLOU ANIS

Code.....: 4AF1314



Organisme.....: **PRELEVEMENT FAIT AU CENTRE**

### Analyses Effectuées:

NFS1=B70 TPR=B40

Cotation : (B 110 )

Montant Net : 110.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CENT DIX Dhs 00 Cts**

