

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053661

113327

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

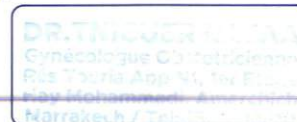
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 2146 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUJIANE Lakoussine  
Date de naissance : 01/01/1942  
Adresse : 1037 BELBAKAR Idaoudiat  
Marrakech.  
Tél. : 0699 7413 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2022  
Nom et prénom du malade : EL EN MAHARI charifa Age : 52  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : trouble au cycle  
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 : Marrakech.

Le : 26/04/2022

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
14.02.22		ECM	350 dh	
14.02.22	contrôle	GT		

# 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	P 29 A	320,00 D.H
	14/02/22	B 95	115,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

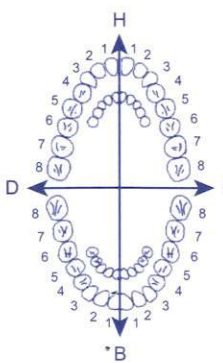
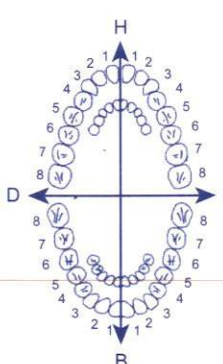
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Ordonnance

EL ENMANARI CHARIFA

Marrakech le:

14.02.22

Echo. pelv.

Utérus de taille hypotrophique

4/3 cm. La ligne de racine

est placée. Présence d'un

fibrome de 1,2 cm.

Les deux ovaires:

normaux

DR. TNIGUER RAJAA

Gynécologue Obstétricienne  
Rés Touria Appt N°1, 1er Etage  
Hay Mohammadi, Amerchich  
Marrakech / Tel: 06 34 32 81 10

signature



Cabinet de  
Gynécologie Obstétrique

DR. Rajaa TNIGUER



عيادة  
أمراض النساء و التوليد  
د. رجاء اتنيكر

Ordonnance

EZEMMAMARI OMARIFA 14.02.22  
Marrakech le :

NFS

Glycémie à jeun

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Doc: AL HANAN AR  
Borfaoui Nassif ZEROUAL  
Tél: 06 25 94 30 88 / 05 24 31 28 10  
Fax: 05 24 31 28 80  
INPE: 073064743 - ICE: 001005312000056

DR. TNIGUER RAJAA  
Gynécologue Obstétricienne  
Rte Touria App N°1, 1er Etage  
Hay Mohammadi, Amerchich  
Marrakech / Tel: 06 25 94 30 88

Signature



Cabinet de  
Gynécologie Obstétrique

Dr. Rajaa TNIGUER



عيادة  
أمراض النساء والتوليد  
د. رجاء انتيغر

Ordonnance

Marrakech, le : 14.02.22

EL ENMANARI CHARIFA

Consultation + Echographie

Prix : 350 DH

Signature



DEMANDE D'EXAMEN

C22-05B05

ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUES

RÉFÉRENCE

Médecin prescripteur : TWIGHER

Mr. Mme. Enf : EL ENMANARI CHARIFA

Date et lieu de naissance : 1970

BIOPSIE - PIÈCE OPÉRATOIRE

Date de réception :

Date du prélèvement :

Organe et nature du prélèvement :

مختبر التشريح  
الأحسان  
LABORATOIRE AMANA  
DE PATHOLOGIE  
165 Lot. Boumoumar Hay Mohammadi  
Marrakech Tél: 06 24 31 41 45 Fax: 06 24 29 25 00

CYTOLOGIE

FCV :

- Traitement en cours :

- Date des dernières règles :

- Mode de contraception :

AUTRES CYTOLOGIES :

- Sein (ponction, écoulement) :

- Liquide pleural :

Liquide d'ascite :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

2C, 2P, 2EV, CZ  
FCV

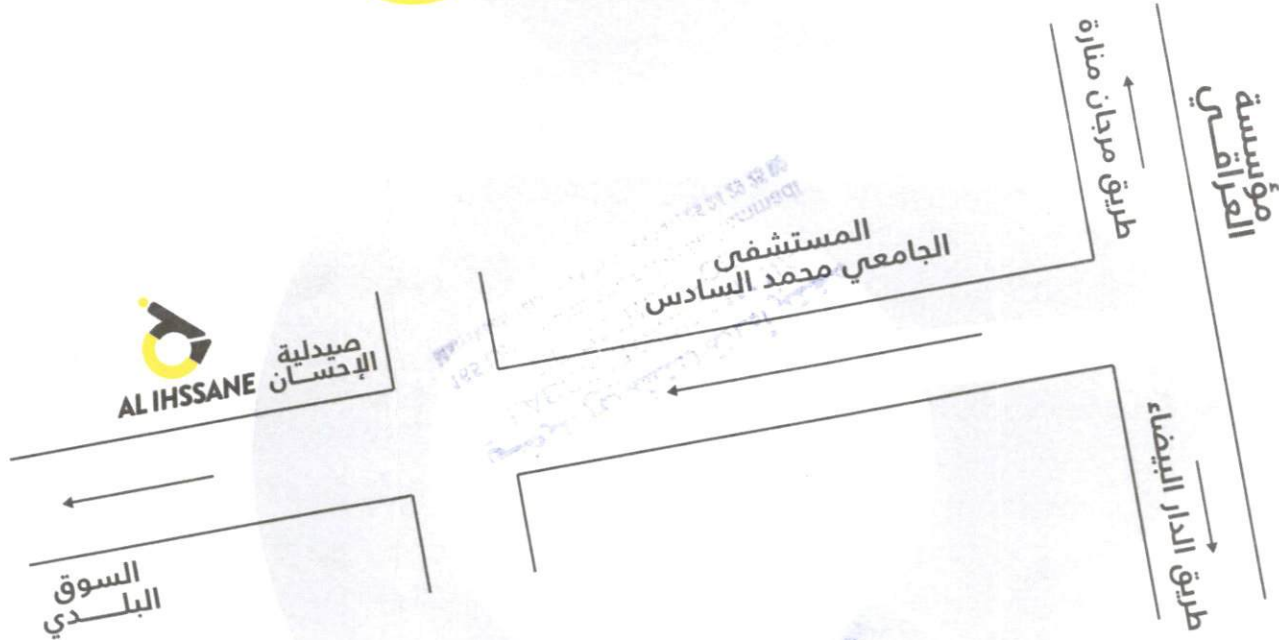
Cachet et Signature

DR. TWIGHER  
Gynécologue Obstétricienne  
Rég. Tour. App. RT, 1er Etage  
Hay Mohammadi, Amersich  
Marrakech / Tél: 06 24 31 28 10





**AL IHSSANE**  
Laboratoire D'anatomie Pathologique



الشقة 1 الشطر الثالث المركب السكني و التجاري لدار البر والإحسان مراكش  
APPT N° R1 TRANCHE 3 DAR AL BIR WAL IHSSANE CM - MARRAKECH



**FACTURE**

**REF : FA22000363**

MARRAKECH, le 05 / 02 / 2022

Date de facturation 21 / 04 / 2022  
Médecin traitant DR TNIGUER Rajaa  
Patient EL ENMANARI CHARIFA - 007711  
Demande 22-05B05 - 05/02/2022

**Liste des examens**

Frottis cervico-vaginal

**A Payer** 320,00 Dhs  
**coefficient-P** 291

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT VINGT DIRHAMS ET 00 CENTIMES

مختبر أمانة التشخيص المرضي  
LABORATOIRE AMANA  
DE PATHOLOGIE  
165 Lot. Boumesmar Hay Mohammadi  
Marrakech Tél: 05 24 31 31 45 Fax: 05 24 29 25 90





Nom du patient : **EL ENMANARI CHARIFA**  
Age : 52 ans  
Sexe : F  
Préscripteur : DR TNIGUER Rajaa

Réf. : **C22-05B05**  
Date de prélèvement : 05/02/2022  
Date de réception : 05/02/2022  
Date de réponse : 08/02/2022

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

ATCD de grossesse et parturiente (deux fois).

**NATURE DU PRELEVEMENT**

Frottis cervico-vaginal

**COMPTE RENDU CYTOLOGIQUE**

**Matériel examiné :**

Un frottis par cytobrosse est effectué dans un milieu de fixation liquide. Il a été techniqué selon la méthode cytologique de frottis en monocouche.

**Qualité du frottis :**

Satisfaisante.

**Classe du frottis selon le système de BETHESDA :**

- Absence de lésion intra-épithéliale ou de cellules malignes.

**Cytologie descriptive :**

Sur fondu ponctué de polynucléaires neutrophiles, se desquament des cellules intermédiaires parabasales et basales, ainsi endocervicales régulières parfois en métaplasie malpighienne. Il n'y a pas d'agent pathogène ou d'atypies cellulaires.

**CONCLUSION**

- Absence de lésion intra-épithéliale ou de cellules malignes.

**مختبر أمانة**  
**للتشريح المرضي**  
**LABORATOIRE AMANA**  
**DE PATHOLOGIE**  
165 Lot. Boumesmar Hay Mohammadi  
Marrakech Tél: 05 24 31 31 45 / 05 24 29 25 90 Fax: 05 24 29 25 90  
Page 1/1



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAR

164 Bd IBN SINA AMERCHICH 40000 MARRAKECH

IF N°40257662

Patente :67072510

CNSS :8734180

Marrakech le lundi 14 février 2022 Madame EL ENMANARI CHARIFA

FACTURE N°	530913
------------	--------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	65	Total : B 95
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			115,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cent Quinze Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
AL MANAR  
Dr. EL ENMANARI CHARIFA  
9, Bd Ibn Sina, Amerchich, Marrakech  
Tel: 05 24 31 12 83 Fax: 05 24 31 16 80  
INPE: 073064743 - ICE: 001605312000056



- Pharmacien Biologiste
- Internat UCL (BRUXELLES)
- Hématologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Bactériologie
- Virologie
- Biologie de la reproduction



- صيدلي تخصص الأحياء أوروبا ( بروكسل )
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الطفيليات
- علم الجراثيم
- علم الفيروسات
- بيولوجيا التكاثر

Prélèvement du : 14/02/22  
Edition du : 14/02/22

Madame EL ENMANARI CHARIFA  
Dossier : 22B2202  
Prescripteur : RAJAA TNIGUER

Page : 1/1

## HEMATOLOGIE

## NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automate XT 1800 - Sysmex et/ou CAL 8000-Mindray)

Intervalles de références  
(Femme Adulte)

## GLOBULES ROUGES

Hématies -----	4,06	* M/mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,2
Hémoglobine -----	12,6	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite -----	37	%	35 - 45
- V.G.M. -----	91	μ <sup>3</sup>	85 - 95
- T.C.M.H. -----	31	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----	34	g/100 ml	30 - 35

## GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----	4 420	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
---------------------------------	-------	------------------	--------------

## Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----	56,2	%	50 - 70
Soit :	2 484	/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----	1,6	%	1 - 3
Soit :	71	/mm <sup>3</sup>	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----	1,3	* %	< 1
Soit :	57	/mm <sup>3</sup>	< 100
Lymphocytes -----	30,1	%	20 - 40
Soit :	1 330	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes -----	10,8	* %	1 - 8
Soit :	477	/mm <sup>3</sup>	40 - 800

## PLAQUETTES

Résultat -----	297 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000
----------------	---------	------------------	-----------------

## BIOCHIMIE

Glycémie a jeun -----	1,09	g/l	0,7 - 1,1
Soit :	6,05	mmol/l	3,89 - 6,11

(Methode enzymatique à l'héxokinase Cobas 6000 Roche)

N.B : sous reserve du respect du jeûne

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ALMANAR  
Docteur Nassif ZEROUAL  
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech  
Tél : 05 24 31 12 82 / Fax : 05 24 31 16 80  
VALIDATION BIOLOGISTE



DR TNIGUER Rajaa

EC 05.07.2022 11:24:12 AM

20220205112123

EL ENMANARI CHARIFA

Admin IM 0.3

EV3-10 ITM 0.5

Uterus

Col de l'utérus

□ + ▶

UTL 4.35 cm

UTH 3.41 cm

UTW 1.08 cm

Vol. UT 8.38 ml

D 1.29 cm

(575/525)