

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

- Réclamation : 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 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° W21-730601

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00618 Société : 130535

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El oufi Miloud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/09/2022

Nom et prénom du malade : El oufi Miloud Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique Néoplasique

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 : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-730601

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 :

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
14/09/2022	C9	2	800,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
LABIOMED Laboratoire d'Analyses Médicales 122 Bd. d'Anis Quartier Racine CASABLANCA - Tél : 05 22 44 13 51/06 INPE: 09300206	14-09-22	550,00	750,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOOTHERAPIE - CHIMIOOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المتطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكرانز - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

0522 48 14 59 - 20370
 CASABLANCA LE

Mme/Mr. El Ouafi Miloud.

☒ NFS + PLAQUETTES

☒ URÉE + CREATINEMIE

☐ GLYCEMIE

☒ TRANSAMINASES (TGO + TGP)

☒ GGT + PHOSPHATASES ALCAINES

☐

☐

☐

☐

☐

RDV, le : _____ à _____

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

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

Casablanca le 14 septembre 2022

Monsieur EL OUAFI MILOUD

AL KINDY ICE 000205043000017

FACTURE N°	39959
------------	-------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	70	
Taux de Prothrombine (avec INR) -----	B	40	
Temps de céphaline activée -----	B	40	
Protéine C réactive -----	B	100	
Glycémie (a jeun) -----	B	30	
Iono (Na-K-Cl-RA-Ca-PT) -----	B	160	
Albumine sérique (dosage) -----	B	60	Total : B 500

Prélèvements :			
Sang-----	Pc	15	

TOTAL DOSSIER	730,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept Cent Trente Dirhams

مختبر التحاليل الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa C - Quartier Racine
Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86

PAYE

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur EL OUAFI MILOUD

Dossier N° : KIN22581792

Dossier ouvert le : 14/09/22 Prélèvement reçu à 17:44 - Edité le : 15/09/22

Page N° 1/3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

					Antériorité
					<u>20/07/22</u>
*	Hématies	: 2,26	M/mm3	4,2 - 5,9	3,15
*	Hémoglobine	: 7,5	g/dl	13 - 17,7	10,4
	Hématocrite	: 22	%		
	V.G.M.	: 98,7	μ3	80 - 100	
	C.C.M.H.	: 33,6	%	30 à 36	
	T.C.M.H.	: 33,2	pg	27 à 32	
	Leucocytes	: 9 380	/mm3	4000 - 10000	14330

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. neutrophiles	: 86,4	%	soit 8 104	/mm3	2000 à 7500
P. éosinophiles	: 0,3	%	soit 28	/mm3	20 à 800
P. basophiles	: 0,1	%	soit 9	/mm3	0 à 200
Lymphocytes	: 7,2	%	soit 675	/mm3	1000 à 4000
Monocytes	: 6,0	%	soit 563	/mm3	200 à 1000
Plaquettes	: 171 000	/mm3			150000 - 500000 292000

HEMOSTASE

TAUX de PROTHROMBINE : 72 % 70 à 100

I.N.R : 1,24

(Automate SATELLITE - STAGO)

suivi du taux de TP seul,

Zone thérap. : 2,0 à 3,0

Le suivi du traitement par anticoagulants oraux doit se faire uniquement sur la base de l'INR et non par le

Dr Jalil ELMANJRA


مختبر التحليلات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Rassi
Casablanca - Tél: 0522.48.13.51/86
Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur EL OUAFI MILOUD

Dossier N° : KIN22581792

Dossier ouvert le : 14/09/22 Prélèvement reçu à 17:44 - Edité le : 15/09/22

Page N° 2/3

Antériorité

25/08/22

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (TCA)

(Automate SATELLITE-STAGO)

Sujet	:	42	sec.	35 à 42	50
TCA	Témoin	:	35	sec	
Ratio TCA Patient/Témoin	:	1,20		< 1,20	

BIOCHIMIE

* CRP (Protéine C Réactive) (Cobas C6000 - Technique turbidimétrique)	:	88	mg/l	< 6	71
* GLYCEMIE A JEUN (Cobas C6000)	:	0,64	g/l	0,70 à 1,10	1,56
	:	3,60	mmol/l	3,89 à 6,11	8,70

Antériorité

30/08/22

14/05/22

Dr Jalil ELMANJRA

مختبر التحليلات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122 Bd d'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/86

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur EL OUAFI MILOUD
Dossier N° : KIN22581792

Dossier ouvert le : 14/09/22 Prélèvement reçu à 17:44 - Edité le : 15/09/22

Page N° 3/3

IONOGRAMME SANGUIN

				<u>21/07/22</u>
* SODIUM (Na ⁺)	:	134	m.eq / l	135 à 150
(Potentiométrie Cobas C6000)				136
POTASSIUM (K ⁺)	:	4,5	m.eq / l	3,6 à 5,4
(Potentiométrie Cobas C6000)				3,8
CHLORE (Cl ⁻)	:	97	mmol/l	95 à 108
(Potentiométrie Cobas C6000)				97
RESERVE ALCALINE	:	27	m.eq / l	21 à 29
(Cobas C6000)				28
* PROTEINES TOTALES	:	51	g/l	60 à 80
(Cobas C6000)				55
CALCIUM PLASMATIQUE	:	89	mg/l	86 à 107
(Cobas C6000)	:	2,23	mmol/l	2,15 à 2,67
				2,15
ALBUMINE SERIQUE	:	34,2	g/l	30 à 50
(Cobas C6000)				
				<u>25/08/22</u>

Dr Jalil ELMANJRA

مختبر التحليلات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tél: 0522 48 13 54 00

Dr Abdelaziz LEMSEFFER