

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
 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



Déclaration de Maladie

N° W21-725225

133732

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 104025

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KHALID HIND

Date de naissance : 19-03-78

Adresse : RUE N 13 LOTISSEMENT EN FATH

CASABLANCA ROUTE D'AZZOUR

Tél. : 0661285374 Total des frais engagés : 503 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

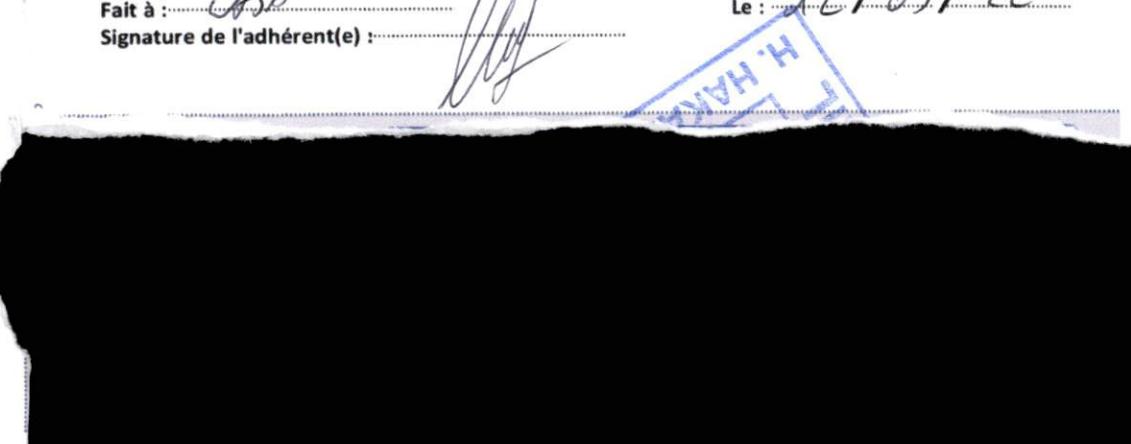
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/09/22

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

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
	02/10/98	B-530	513,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<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"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-		-		B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
-		-																		
B	00000000	00000000																		
G	35533411	11433553																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



NOUVELLE DEMANDE

NOUVELLE DEMANDE

Médecin Colonel
Houda ECHCHACHOUI
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN / HMIMV - Rabat

KHALIPHY

Hind

Mme KHALIPHY Hind
F 19-03-1978 BE707898

2209023046

Date/Heure

CTRL, FERR, NFP

Prélevante,

-PRELEVEMENT-

①

NFS

②

Féminine



Médecin Colonel
Houda ECHCHACHOUI
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN / HMIMV - Rabat

TWPE 021 076 047

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

FACTURE N° 2209023046
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 02/09/2022

INPE : 093002574

Mme Hind KHALIPHY

Demande N° 2209023046

Récapitulatif des analyses	
Analyse	
Prise de sang Adulte	
Ferritine	
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	

Total des B : 330

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **503.5 DH** *
cinq cent trois dirhams cinquante centimes

***(HN) = analyse hors nomenclature**



« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

File Number/ Dossier N° : 2209023046

Results of/ Résultats de : **KHALIPH Hind**

Date of birth/ Date de naissance : **19/03/1978**

ID Number /N° CIN : **BE707898**

Edition on/Edition du : 02/09/2022

File registered on/Dossier enregistré le:

02/09/2022 à 09:36

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

28/07/2022

Leucocytes :	11,49	10 ³ /mm ³	(3,90-10,20)	9,15
Hématies :	4,63	10 ⁶ /mm ³	(3,90-5,20)	4,28
Hémoglobine :	11,50	g/dL	(12,00-15,60)	9,60
Hématocrite :	37,4	%	(35,5-45,5)	31,8
VGM :	80,8	fL	(80,0-99,0)	74,3
TCMH :	24,8	pg	(27,0-33,5)	22,4
CCMH :	30,7	g/dL	(31,5-36,0)	30,2
RDW :	25,0	%	(0,0-18,5)	16,6

Formule leucocytaire :

Neutrophiles :	63,8	%	58,9
Soit:	7 331	/mm ³	(1 400-7 700)
Eosinophiles :	3,0	%	4,2
Soit:	345	/mm ³	(20-580)
Basophiles :	1,3	%	1,0
Soit:	149	/mm ³	(0-110)
Lymphocytes :	24,5	%	28,2
Soit:	2 815	/mm ³	(1 000-4 800)
Monocytes :	7,4	%	7,7
Soit:	850	/mm ³	(150-1 000)
Plaquettes:	306	10 ³ /mm ³	(150-450)
			308

2209023046 – KHALIPH Hind

1

/ 2



Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles - Belgique



Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

BIOCHIMIE

28/07/2022

Ferritine:

(ECLIA sur Cobas 6000)

Changement de technique à compter du 25/09/2021

Domaine de référence pour les adultes :

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml
Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

Domaine de référence pour les enfants :

< 1 an	: de 12 à 327 ng/ml
de 1 à 3 ans	: de 6 à 67 ng/ml
de 4 à 6 ans	: de 4 à 67 ng/ml
de 7 à 12 ans filles	: de 7 à 84 ng/ml
de 7 à 12 ans garçons	: de 14 à 124 ng/ml
de 13 à 17 ans filles	: de 13 à 68 ng/ml
de 13 à 17 ans garçons	: de 14 à 152 ng/ml

23,0 ng/ml (13,0-150,0)

5,0

Biological validation by / Validation biologique par : Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI

Dossier n° 2209023046 de Mme Hind KHALIPHY

2

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 05 22 236 729 accueil.casalab@gmail.com
IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081



/ 2