

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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° M21- 0004899

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3002 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAANANI BEN ALZEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2019

Nom et prénom du malade : EL BATTAG HANNA 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : 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
28/11/22				

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
	29/11/2022	8500	750,00 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

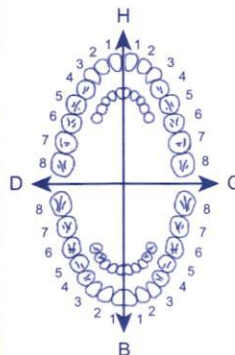
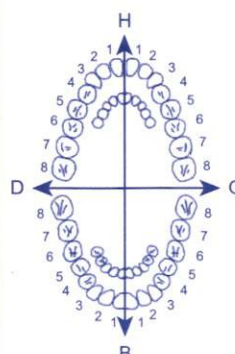
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - BIOCHIMIE
VIROLOGIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

DUPLICATA

Prélèvement du : 01/12/2022 à 07:48

Résultats édités le: 27/12/2022



MME EL BETTAH HENIA

Dossier N° 21I396

Prescripteur: Docteur REDOUAN SAMLALI

Page: 1/2

HEMATOCYTOLOGIE

(Sur Automates Sysmex XS-1000i, Sysmex KX-21N)

NUMERATION SANGUINE (CBC)

Valeurs de référence 12/11/22 - 09:24

GLOBULES BLANCS.....	4 510	/mm ³	4 000 à 10 500	4420
GLOBULES ROUGES..... (*)	3,78	M/mm ³	3,8 à 5,4	3,71
HEMOGLOBINE.....	12,6	g/dL	11,7 à 16,0	12,2
HEMATOCRITE.....	36,6	%	34,0 à 50,0	35,8
VGM.....	96,8	μ ³	77,0 à 98,0	96,5
TCMH.....	33,0	pg	24,0 à 33,0	32,9
CCMH.....	34,4	g/dL	32 à 36	34,1

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.	51,2	%		
Soit	2 309	/mm ³	1 800 à 7 500	2360
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	1,1	%		
Soit	50	/mm ³	0 à 550	71
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,7	%		
Soit	32	/mm ³	0 à 100	22
LYMPHOCYTES.....	38,8	%		
Soit	1 750	/mm ³	1 200 à 4 300	1649
MONOCYTES.....	8,2	%		
Soit	370	/mm ³	200 à 1 000	318

PLAQUETTES

Numération.....	213	10 ³ /mm ³	150 à 450	10 ³ /mm ³ 188
VPM(volume plaquettaire moyen)...	10,6	fL	8,0 à 13,0	9,0

LABORATOIRE C.B.A
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. AMACHKI Abdelaziz

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - BIOCHIMIE
VIROLOGIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

DUPLICATA

Prélèvement du : 01/12/2022 à 07:48

Résultats édités le: 27/12/2022



MME EL BETTAH HENIA

Dossier N° 21I396

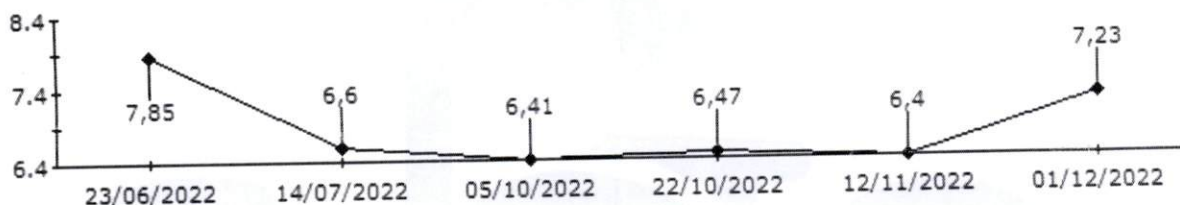
Prescripteur: Docteur REDOUAN SAMLALI

Page: 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate WIENER LAB® CM 250)

CREATININE.....: 7,23 mg/l 6,00 à 12,00
(Technique : Enzymatique à la Créatininase) 63,99 μ mol/l 53,10 à 106,20

Antécédent du 12/11/22 - 09:24 : 6,40 mg/l



Demande validée biologiquement par: Dr AbdelAziz AMACHKI

Total de pages: 2

LABORATOIRE CBA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. AMACHKI Abdelaziz

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
 CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
 SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Date : **28/11/2022**

Ordonnance de Biologie

Nom et Prénom : **EL BATTAH HNIA**

N° Dossier : **C2K2812231**

N°Identifiant : **0/11**

Date de naissance : **01/01/1954**

Organisme : **MUPRAS**

Hemogramme : NFS + PLQ : ☐

Bilan d'hémostase : TP : ☐ PDF : ☐ TCK : ☐ Fibrinogène : ☐ INR : ☐ D-dimères : ☐

Bilan Biochimique : Ionogramme Complet : ☐ Na⁺ : ☐ Mg⁺ : ☐ Proteines : ☐ Fer sérique : ☐

Glycémie à jeun : ☐ Réserve alcaline : ☐ K⁺ : ☐ Ca⁺⁺ : ☐ Albumine : ☐ Ferritine : ☐

Cl⁻ : ☐ Ph : ☐ Triglycérides : ☐ Cholest.total : ☐ HDL : ☐ LDL : ☐ Urée+créat : ☐

Clairance de la créatinine : ☐ Bilirub. totale : ☐ Bilirubine directe : ☐ ALAT : ☐ ASAT : ☐

Ph. alcalines : ☐ LDH : ☐ GammaGT : ☐ Hémoculture : ☐ ECBU : ☐ EPP : ☐

Marqueurs Tumoraux

ACE : ☒ CA19-9 : ☐ CA15-3 : ☒ CA125 : ☐ AFP : ☐ Thyroglobuline : ☐

PSA : ☐ Calcitonite : ☐ NSE : ☐ B2 microglobuline : ☐ B-HCG : ☐

Autres :

LABORATOIRE C.B.A
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. AMACHKI Abdelaziz

Professeur Redouan SAMLALI
Clinique Spécialiste Le Littoral
RADIO-ONCOLOGUE

Médecin

PR. SAMLALI REDOUAN

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - BIOCHIMIE
VIROLOGIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

INPE :
093064640

FACTURE N° 7680/22

CASABLANCA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

29/11/2022
MME EL BETTAH HENIA
211396
Docteur SAMLALI REDOUAN

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
ACE.ANTIGENE CARCINOEMBRYONNAIRE	300
CA 15_3	400
Total du (B)	B 700
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	750,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE C.B.A
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. AMACHKI Abdelaziz