

## 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.

N° W21-782186

149585

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **13186**

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EL OUAHDANT** *Mohamed Annie*

Date de naissance :

**05/11/1982**

Adresse :

**Ville n° 181 lot EL MANSOUR** *Médiac*

Tél. :

**06 76 14 31 89**

Total des frais engagés :

**19 320,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**25/11/2022**

Nom et prénom du malade :

**EL OUAHDANT** *n° 1 Annie*

Age: **30**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

**2023**

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 25/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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
25/11/2022				INP : 141147603 Dr. Hanan KALAF de l'ordre Supérieur Professeur de Médecine

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CEFAZATADAMOUNE DORIAM Mouammar AL Wifak - Imm. 62 31/01/2012/184</i>	<i>25-11-22</i>	<i>18.870,00</i>

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/11/2022	B430	45000

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Rows for selecting treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Rows for describing treatments)	<b>Coefficient</b> (Rows for coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



## Ordonnance

Rabat le : ٢٥/١١/٢٠٢٢

M' EL OUAH DAN, MOHAMED.

AMINE

HUMIRA 40mg

1 ml ac 1 fois/15j

QSP 03 mois

Dr. Hanan RKAIN  
Professeur de  
l'Enseignement Supérieur  
Al-Jadid

# HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

**Adalimumab**

Lot N°:

39279LX03

EXP:

02/2024

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humira 40mg/0,8ml b2 spr  
mv

P.P.V : 6290,00 DH



6 118001 183982

# HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

**Adalimumab**

Lot N°:

39279LX03

EXP:

02/2024

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humira 40mg/0,8ml b2 spr  
mv

P.P.V : 6290,00 DH



6 118001 183982

# HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

**Adalimumab**

Lot N°:

39279LX03

EXP:

02/2024

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humira 40mg/0,8ml b2 spr  
mv

P.P.V : 6290,00 DH



6 118001 183982



## Ordonnance

Rabat le : 25/11/2022

M' EL OUAHDANI NOHAMED  
AMINE

NFS

Féminin/male

VS

CRP



Dr. Hanan RABIN  
Professeur Supérieur  
l'Enseignement Supérieur

# CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : [contact@cbw.ma](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 221101724

TEMARA le 25-11-2022

Mr Mohamed Amine EL OUAHDANI

N° de dossier : 2211250045

Date de l'examen : 25-11-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0370	CRP	B	100
0154	Ferritine	B	250
0216	Numération formule	B	80

Total des  $B^1$  : 430

**TOTAL DOSSIER : 450.00MAD**

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent cinquante dirhams

<sup>1</sup> Le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

**INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS :** Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

**CACHET DU LABORATOIRE :**



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

## Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI - 013 825 01243 00006400150 20

Pharmacie Attadamoun  
secteur al wifaq  
tel : 0537610662  
Patente n° 26966000  
IF : 91279028  
CNSS : 136735630  
RIB : 022810000239000390020223  
SGMB

Mr El ouadani  
Mohamed Amine  
PHARMACIE ATTADAMOUN  
Dr. LADPHANE Mounia B1  
Prise Attadamoun - Témara  
Mag. N° 1 Al Wifak - Témara  
Tél. 0537610662  
INPFE : 192012184  
Temara, le 26/11/2022

facture n° 21

Quantité	désignation	prix unitaire	Total
3	Humira inj	6290.00	18870.00
Total			18870.00

Arrêtée la présente facture à la somme de dix huit mille huit cent soixante-dix dirhams

PHARMACIE ATTADAMOUN  
Dr. LADPHANE Mounia B1  
Prise Attadamoun - Témara  
Mag. N° 1 Al Wifak - Témara  
Tél. 0537610662  
INPFE : 192012184



**Dossier enregistré le : 25-11-2022**

Prélèvement du 25-11-2022 à 09:56

**Code patient : 2005290080**

Edition du : 15-02-2023

**Mr Mohamed Amine EL OUAHDANI**

**Né(e) le : 05-11-1992 (30 ans)**

Prescripteur :

Dossier N° : **2211250045**



## HEMATOLOGIE

International Quality Control (E-CHECK XE® -Kobe Japan )

### HEMOGRAMME

Technique de Référence : Cytométrie de flux SYSMEX,(XS500I/XN550)

#### Numération Globulaire

30-08-2022

Hématies (Globules rouges)	5.05	M/ $\mu$ L	(4.10-6.00)	5.03
Hémoglobine	14.20	g/dL	(12.30-17.20)	13.50
Hématocrite	44.00	%	(37.30-49.50)	41.90
VGM	87	fL	(80-100)	83
TCMH	28.1	pg	(26.0-34.0)	26.8
CCMH	32	g/dL	(30-36)	32

#### Formule leucocytaire :

30-08-2022

Leucocytes (Globules blancs)	6 610	/mm <sup>3</sup>	(4 000-11 000)	5 730
Neutrophiles	54.8	% soit	3 622 /mm <sup>3</sup>	(1 200-6 600)
Eosinophiles	5.1	% soit	337 /mm <sup>3</sup>	(10-1 000)
Basophiles	0.8	% soit	53 /mm <sup>3</sup>	(0-150)
Monocytes	8.0	% soit	529 /mm <sup>3</sup>	(200-1 100)
Lymphocytes	31.3	% soit	2 069 /mm <sup>3</sup>	(800-4 100)

#### Numération plaquettaire

Plaquettes	277 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	254 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.2	fl	(8.9-13.1)	9.9



