

## 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° W21-769936

par *couvert*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *RAM.*

Matricule : *0405* Société : *RAM.*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *EL HOUSSINE*

Nom & Prénom : *JABER*

Date de naissance : *1941*

Adresse : *Route EL Aaroua, Talhaoui A3 N°4.*

Tél. : *05.36.74.39.52* Total des frais engagés : *#2818DH/A* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BENABDELLAH NAWAL  
MEDECIN NEPHROLOGUE  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE 081227985

Date de consultation : *04/06/2023*

Nom et prénom du malade : *Jaber El Houssine* Age : *82*

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

Nature de la maladie : *Insuffisance rénale*

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 : *oujda* Le : *04/06/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

MUPRAS  
13 JUN 2023  
ACCUEIL  
C. NINA



[illegible]

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
	2023		7170418

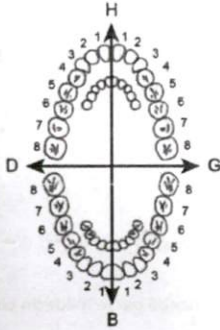
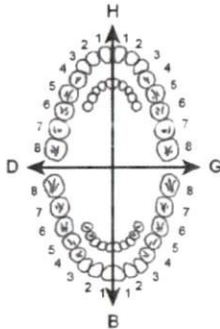
[illegible]

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ORDONNANCE

Oujda, le : 04/05/23

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO - ENTEROLOGIE
- ☐ GYNECO - OBSTETRIQUE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MEDICALE
- ☐ O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES

Dr. Jaber El Houmine

Demande de  
deux culots  
globulaires de

Sang

CLINIQUE AL IRFANE  
7, Bd. Jalloul Mohamed Hay Al Irfan - Oujda  
Maroc  
Tél: 05 36 53 20 20 - Fax: 05 36 53 39 54 - 05 36 53 37 55  
admi.clinique@gmail.com  
ICE: 001710097000060 - Patente: 11277319 - I.F: 14413857  
DR BENABDELLAH NAWAL  
MEDECIN NEPHROLOGUE  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE 081227985



7, Bd. Jalloul Mohamed Hay Al Irfan - Oujda - MAROC

Tél : 05 36 53 20 20 - 05 36 53 33 40 / Fax : 05 36 53 39 54 - 05 36 53 37 55 ✉ admi.clinique@gmail.com

ICE : 001710097000060 - Patente : 11277319 - I.F : 14413857



## FACTURE EXAMEN

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 080004765

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 10 543

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE OUJDA

Identification	Débiteur
Index Patient : 81 929 N° de Examen : 199 203 Nom et prénom : EL-HOUSSINE JABER CIN : F749 Adresse : BD EL AOUNIA LOT TALHAOUI RUE A 3 NR 4 OUJDA	PAYANT
Médecin	Date
Sur prescription du : DR SMAAL SANA Spécialité : TRANSFUSION SANGUINE	Date de examen : 04/05/2023 20:31:26

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
SANG ET DERIVES							
CULOT GLOBULAIRE DELEUCOCYTE	SGS			2,00	509,00	509,00	1 018,00
Montant Total:						1 018,00	

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE DIX-HUIT DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 1 018,00 DHS

04/05/2023 20:32:13

Facture Etablie Par Personnel N° : MAHIMA

Signature du responsable :





## نتائج التحليلات الطبية Résultats des Analyses Biologiques

### معلومات تخص المريض Information concernant le malade

Nom : EL HOUSSINE  
Prénom : JABER  
N° du dossier : 0957262  
Etablissement : Clinique Al Irfane OUJDA  
Service :  
Réf de demande : 020521  
N° de séjour :

#### Première détermination

Date de réception : 04/05/2023  
Heure de réception : 19:45  
N° du prélèvement : 4602764

Groupe sanguin : **A Positif**

Phénotype :  
: C- c+  
: E- e+  
: K-

RAI : Négative

Test de coombs :

Anti corps Irrégulier :

#### Deuxième détermination

Date de réception :  
Heure de réception :  
N° du prélèvement :

Groupe sanguin :

Phénotype :  
:  
:  
:  
:  
:

RAI :

Test de coombs :

Anti corps Irrégulier :

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر

## ORDONNANCE

Oujda, le : 04/05/23

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO - ENTEROLOGIE
- ☐ GYNECO - OBSTETRIQUE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MEDICALE
- ☐ O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES

N. Jaber  
El Houssine  
un scanner  
abdomino  
pelvien C-

RC = Douleur Abdominale

DR BENABDELLAH NAWAL  
MEDECIN NEPHROLOGUE  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE 081227985



**Reçu**

**N° 00001508**

Clinique AL IRFANE

Clinique AL IRFANE

Clinique AL IRFANE

Clinique AL IRFANE

Nom et Prénom : Jaber El Roum

Date : 04.05.13 Heure : .....

Scanner : AB. gel

Prix : 18000

Signé

Clinique AL IRFANE  
Dr. El Malloul Mohamed  
May Al Irfaï - Oujda  
Patente N°: 112773191 - INF: 080061500

AUX  
REPORTS

MINISTRE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE L'ORIENTALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'ORIENTAL  
AL-FARABI

FACTURE

10 5 43  
26566

QUITTANCE

Reçu de M E L Houssine yaber  
La somme de Mill dix huit DH

Nature da la recette	EX	Sommes
1018,00 2 CG delancey/ta		1018,00
Total		1018,00

Cachet du Service

Le 04-05-2023  
Signature Régisseur de Recettes



Préscripteur :

Prélève à : 15:22:2



083060442

MR. JABER HOUCINE

Dossier N°: 3050472817

du : 04/05/2023

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse AL IRFANE

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

#### Numération érythrocytaire (Impédance et Absorbance)

Hématies	3.44 *	M/mm3	(4.5 à 6.5)
Hémoglobine	7.3 *	g/100ml	(13 à 17)
Hématocrite	24 *	%	(40 à 54)
VGM	69.8 *	fl	(80 à 100)
TCMH	21.2 *	pg	(27 à 32)
CCMH	30.4	g/100ml	(30 à 35)
IDR (Ind.distr. GR)	17.8 *	%	(11.5 à 14.5)

#### Formule leucocytaire (cytométrie de flux)

LEUCOCYTES	8130	/mm3	(4000 à 10000)
Poly. Neutrophiles	79.7	% 6480,0 /mm3	(1800 - 7500)
Poly. Eosinophiles	3.7	% 301,0 /mm3	(40 - 800)
Poly. Basophiles	0.1	% 8,0 /mm3	(0 - 200)
Lymphocytes	9.5	% 772,0 /mm3	(1000 - 4000)
Monocytes	7	% 569,0 /mm3	(200 - 1000)

#### Numération plaquettaire (Impédance)

Plaquettes	311000	/mm3	(150000 à 500000)
VPM (Vol. plaq. moyen)	11.1	fl	