

## 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° W21-659102

72927

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7287 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAOU MACHINE

Date de naissance : 03/05/1967

Adresse : 39 Residence B cyms Boukhayma

Tél. : 966177483

Total des frais engagés : 78/0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.05.2023

Nom et prénom du malade : DAOU MACHINE

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

Nature de la maladie : Embolie

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 : Cas Le 31.05.2023



de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



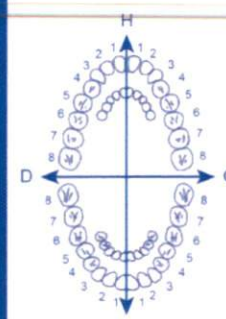
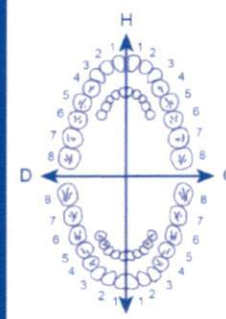
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.05.2023		4		INP : <input type="text"/>
				

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
	31.05.23		705.000

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

VOLET ADHERENT

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553			B			
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000		00000000																			
	D	00000000	00000000		G																			
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]																							
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				





Institut Pasteur  
du Maroc

معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة  
Facture

« Que l'on multiplie les laboratoires pour  
que l'humanité grandisse, se fortifie et  
devienne meilleurs » Louis Pasteur

Monsieur DAOUI MOHCINE

Réf: 31/05/23-1-0018

Par:MRABH / 31/05/23 /

CIN: Né(e) le : 03/04/1967 soit:56 A Tél: 1

ville: CASABLANCA

MAT: /

Médecin : DR HACHEM REDA FATEN Tél:

Date et heure de passage :31/05/23-11h00

INPE :   
ICE :001594848000023

Liste des Examens/Prescription

NFS /LPSA PSA PSAL ECBU PR\_10DH TIMB\_2DH

Total dossier r : 705.00  
Part Client : 705.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00

PATIENT



L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

~~Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08~~





الدكتورة هاشم رضا فاتن  
إختصاصية في أمراض الكلى

**Dr. HACHEM REDA FATEN**  
Médecin Néphrologue

Ex Chef de Département  
Néphrologie-Hémodialyse Transplantation Rénale  
Clinique Cheikh Zayd - RABAT

Ex Chef de Service  
Néphrologie-Hémodialyse  
Polyclinique CNSS Derb Ghalef - CASA

## ORDONNANCE

Date :

29.08.2023

Amrout DAOUZ Aulhossine

- NFS, R

- Rapport BSA libre / BSA HA

- EBU.

INSTITUT PASTEUR  
Centre de Biologie Médicale  
Service Récupération  
DU  
OC

Dr. HACHEM REDA FATEN  
Médecin Spécialiste  
Néphrologie - Hémodialyse

312, Bd Oum Rabiaa, Quartier Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 93 89 14 - 06 72 54 14 29

06 68 49 62 49 - Fax : 05 22 89 00 89 - Email : hachem.doc@gmail.com

Email : contact@centrebismillah.ma Site web : www.centrebismillah.ma

**N'oubliez pas d'apporter vos médicaments  
et une copie de votre bilan biologique à chaque visite médicale**





Institut Pasteur  
du Maroc

#### Directeur

Pr A. MAAROUFI

#### Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr N. Dersi

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

#### TANGER

Dr W. Oudaina

Dr O. Mourtada

#### Anatomie-cytopathologie

Dr A. Oukkadi

Dr K. Moumna

#### Cytogénétique

Dr S. Nasserddine

DR HACHEM REDA FATEN

Monsieur DAOUÏ MOHCINE

Demande n° 31/05/23-1-0018

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 31/05/23 11H00

Date et heure de prélèvement : 31/05/23 11H08

Date de naissance : 03/04/1967

Hors tiers payant -

Demande n° 31/05/23-1-0018 -

Edité le : mardi 6 juin 2023

N° CIN/Passeport

## Hématologie

Valeurs de référence

Antériorités

### ✓ Hémogramme

MINDRAY BC-6800

Hématies .....	4 710 000 /mm <sup>3</sup>	4 500 000 à 6 000 000
Hémoglobine .....	14,8 g/100mL	13,0 à 17,0
Hématocrite .....	43,3 %	40,0 à 54,0
V.G.M. ....	92 µ <sup>3</sup>	80 à 95
T.C.M.H. ....	31,4 picog	27,0 à 33,0
C.C.M.H. ....	34 %	32,0 à 36,0
Leucocytes .....	5 660 /mm <sup>3</sup>	4 000 à 10 000
Polynucléaires neutrophiles .....55,2 %	3 124 /mm <sup>3</sup>	2000 à 7500
Polynucléaires éosinophiles .....3,2 %	181 /mm <sup>3</sup>	40 à 800
Polynucléaires basophiles .....0,2 %	11 /mm <sup>3</sup>	Inf. à 100
Lymphocytes .....33,0 %	1 868 /mm <sup>3</sup>	1000 à 4000
Monocytes .....8,4 %	475 /mm <sup>3</sup>	20 à 1000
Plaquettes .....	180 000 /mm <sup>3</sup>	150 000 à 450 000
V.P.M. ....	11,2 µ <sup>3</sup>	Inf. à 10,0

## Hormonologie-Marqueurs tumoraux

Valeurs de référence

Antériorités

### MARQUEURS

Dosage des formes circulantes du PSA

Validé le 05/06/23

Dr. Abderrahmane BELLIK  
Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 711 / 72

Institut Pasteur du Maroc Centre de Biologie Médicale e-mail: [cbm.info@pasteur.ma](mailto:cbm.info@pasteur.ma)

1 Place Louis Pasteur 20360 Casablanca ☎+212 522 434 471/72 ☎+212 522 434 477/+212 522 260 957

1 Rue Qortobi - Place Marchan CP 90000 Tanger ☎+212 539 931 111 ☎+212 539 932 299

web: [www.pasteur.ma](http://www.pasteur.ma) relation clientèle: [client@pasteur.ma](mailto:client@pasteur.ma) INPE : 090005786





Antigène prostatique spécifique total .....

Abbott diagnostics (Sérum ou Plasma)

1,56 ng/mL

Inf. à 4,00

2,01

Antigène prostatique spécifique libre .....

Abbott diagnostics (Sérum ou Plasma)

0,55 ng/mL

Rapport libre/total .....

35 %

## Interprétation:

Pour des valeurs de PSA total comprise entre 4 et 10 ng/ml:

un rapport supérieur à 25% est en faveur d'une hypertrophie bénigne de la prostate.

Un rapport inférieur à 25% est une indication d'examens complémentaires.

## Microbiologie

Valeurs de référence

Antériorités

## Examen cyto-bactériologique des urines

Cultures sur CPSID ou Uricult

Prélèvement effectué au laboratoire

Aspect .....

Légèrement trouble

Couleur .....

Jaune

## x Cytologie

leucocytes: 3 GB/mm<sup>3</sup>VN < 10 GB/mm<sup>3</sup>hematies: 1 GR/mm<sup>3</sup>VN < 3 GR/mm<sup>3</sup>

Rares cellules épithéliales

Absence de cristaux

Absence de cylindres

Absence de levures

## x Bactériologie

Cultures stériles

Validé le 05/06/23

Dr. Abdelhakim B. OUM  
 Méd. Biologiste  
 Institut Pasteur du Maroc  
 Tél: +212 522 434 471 / 72

