

## 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.

#### Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie : N° P19-0001587**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Boukhlys Azzou Date de naissance : 06-23-68  
Adresse : Casa Green Town 16 km n Allé 03  
Tél. : 0661217358 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/09/2019  
Nom et prénom du malade : Zakaria Tyeb  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hémophilie 8 Dnt  
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /



# 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
24/06/19	S		Acte S	

# 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
	24.06.19	B Mo	266,20

# 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 :

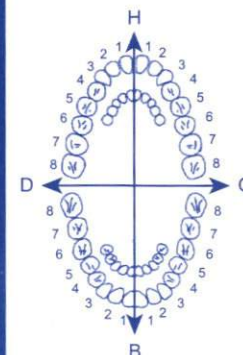
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

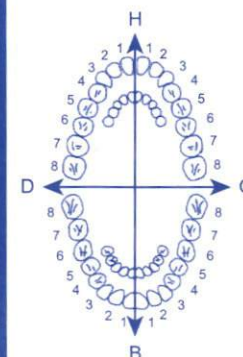
D 00000000 G

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Ancien Enseignant Faculté de Médecine

et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien assistant F.F.

Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)

Sur Rendez-Vous

## الدكتور الزوبر الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم

انكولوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوستاف روسي

(فيل جوييف - فرنسا)

بالموعد

Date : 24/06/18

Nom et Prénom : Boukhress Tyed

### BILAN SANGUIN

☒ NFS Plaquettes.

☐ Réticulocytes.

☐ Ferritinémie.

☐ LDH

☐ Urée

☐ Créatinine

☐ Glycémie

☐ Electrophorèse  
des Hemoglobines

☐ V.S.

☐ GOT - GPT- Ph. Alcalines.

☐ Autres : .....

Bilan à faire S.V.P. le: .....

# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 24 juin 2019

Monsieur BOUKHRIS IYAD

FACTURE N°	295879
------------	--------

## Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	Total : B 180
Chimie : Protéine C réactive -----	B	100	

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

266,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Six Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
78 Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 27 28 08 Fax: 05 22 29 64 86





مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCL

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascl-qualitem.fr

TAZI MOHAMED

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,  
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 24/06/19 - Edité le 05/08/19

Réf. : 19F1052

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

04/06/19

HEMATIES	4,25	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,55	4,01
HEMOGLOBINE	12,4	g/100 ml	12 - 18	11,3
HEMATOCRITE	37,4	%	33 - 54	35,3
- VGM	88	μ <sup>3</sup>	83 - 98	88
- TGMH	29	pg	27 - 33	28
- CGMH	33	g/100 ml	30 - 35	32
LEUCOCYTES	7 300	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000	5000
FORMULE				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	66	%	30 - 60	28
ou		4 818 /mm <sup>3</sup>	2000 - 7500	1400
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	3	%	1 - 3	3
ou		219 /mm <sup>3</sup>		150
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	0	%	< 1	0
ou		0 /mm <sup>3</sup>		0
LYMPHOCYTES	26	%	30 - 60	62
ou		1 898 /mm <sup>3</sup>	1500 - 6500	3100
MONOCYTES	5	%	2 - 10	7
ou		365 /mm <sup>3</sup>		350
PLAQUETTES	241 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000	220000

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

PROTEINE C REACTIVE	7,0	mg/l	< 6	1,0
---------------------	-----	------	-----	-----

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
73, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 27 28 08 - 05 22 27 53 88 - 05 22 47 35 79 - Fax: 05 22 29 64 86  
Tél: 05 22 27 28 08 - 05 22 27 53 88 - 05 22 47 35 79 - Fax: 05 22 29 64 86