

## 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° W21-829577

195607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : **DANOUNE RACHID**  
 Date de naissance : **30/03/1962**  
 Adresse : **17 Rue A. N. EL ATI Apt 6**  
**CASABLANCA**  
 Tél. : **0661720157** Total des frais engagés : **1350,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatima BOUZZITE  
PÉDIATRE  
Rue de Safi, Résidence ISMAIL  
Appt 17, 4ème Etage - Mohammédia  
Tél 05 23 28 28 47  
fatimabouzzite@hotmail.fr

Date de consultation : **25.11.23**  
 Nom et prénom du malade : **DANOUNE SOPHIA** Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : **Anémie**  
 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 : **Mohammédia** Le : **29.02.2024**

Signature de l'adhérent(e) :

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
25.11.23	24	2500H		INP : 098042572 Rue de la République - Mohammedia Appt 17 - Tél : 5 24 28 47 fatimabouaziz@hotmail.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES DR. Ouataf KHALIL BIOLOGISTE Res. Les Orchidées 4 - Mohammedia Tél. 0523 31 66 66 - 052103 03 66 ICE : 003093353000058	25/11/23	B910	1100 Dtt

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	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														



Docteur Fatima BOUZZITE

PEDIATRE

Diplômée

Ancien Chef Service de Pédiatrie  
à l'hôpital Med V



الدكتورة فاطمة بوزيت

طبيبة اختصاصية

في أمراض الطفل و الرضيع  
رئيسة قسم الأطفال بمستشفى  
محمد الخامس سابقا

Mohammed le : 25.11.2023

Docteur Fatima BOUZZITE  
PEDIATRE  
Rue de Safi, Résidence ISMAIL  
Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia  
Tel 05 23 28 28 47  
fatimabouzzite@hotmail.fr

40J

WFS

+ Feilueu

40J

TSU O

74L

20L

glycémie

+ AB glycémie

Docteur Fatima BOUZZITE  
PEDIATRE  
Rue de Safi, Résidence ISMAIL  
Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia  
Tel 05 23 28 28 47  
fatimabouzzite@hotmail.fr

*[Handwritten signature]*

LABORATOIRE LES ORCHIDES  
DR. BIDA KACHABA  
Res. Les Orchidées 4 Mohammedia  
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60  
ICE : 003093353000058

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058

**FACTURE N° 0804/23**

EDITEE le **25/11/2023**  
Nom et prénom **ENF DANOUNE SOPHIA**  
Date de prélèvement **25/11/2023**  
Référence **23K77**  
Médecin prescripteur **Docteur BOUZZITE FATIMA**

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
FERRITINE SERIQUE	250
GLYCEMIE A JEUN	30
Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
T4 LIBRE.THYROXINE LIBRE (FT4)	200
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	250
Total du (B)	B 910
Prise de sang (PC)	10,00 DH
Montant en DH	1 100,00 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CENT DIRHAMS**

LABORATOIRE LES ORCHIDEES  
DR. Ouafae KACHABA  
BIOLOGISTE  
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia  
Tel. 0523 37 66 66 - 052103 03 60  
ICE : 003093353000058

Prélèvement du : 25/11/2023 à 11:07

Résultats édités le: 27/11/2023



**ENF DANOUNE SOPHIA**

Dossier N° 23K77

**Prescripteur: Docteur EL HOUARI MOHAMED**

Page: 2/3

**BIOCHIMIE SANGUINE**  
(Sur Automate INDIKO PLUS)

<b>GLYCEMIE A JEUN</b>	: 1,03	g/l	0,70 à 1,10 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	5,73	mmol/l	3,89 à 6,12 mmol/l

**HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 5,50** %  
(Technique HPLC)

**Interprétation**

**Sujet non traité pour un diabète**

- Normoglycémique : 4,0 % à 6,0 %
- Pouvant présenter un risque de diabète : 6,0 % à 6,5 %

**Sujet traité pour un diabète**

- Diabète équilibré : < ou = à 7.0 %
- Diabète mal équilibré : > ou = à 8 %

**HORMONOLOGIE**  
(Vidas-Biomérieux / Cobas E411-Roche)

<b>TSH Ultrasensible (TSHus)</b>	: 1,56	uUI/ml	0,25 à 5,00
(Technique ELFA)			

<b>THYROXINE LIBRE (T4L)</b>	: 18,42	pmol/l	10,60 à 20,00
(Technique ELFA)			

**LABORATOIRE LES ORCHIDÉES**  
**DR. OUAFAE KECHABA**  
**PHARMACIENNE BIOLOGISTE**  
RÉSIDENTE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA  
Tél : 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60  
I.C.E : 003093353000058



Prélèvement du : 25/11/2023 à 11:07

Résultats édités le: 27/11/2023



ENF DANOUNE SOPHIA

Dossier N° 23K77

Prescripteur: Docteur EL HOUARI MOHAMED

Page: 3/3

**FERRITINE SERIQUE**

: 2,28

ng/ml

(Technique ELFA)

Interprétation

**Femmes :**

Avant la ménopause : 15-160 ng/ml

Après la ménopause : 25-280 ng/ml

**Hommes :**

30-400 ng/ml

**Enfants:**

A la naissance, la concentration est élevée (de 100 à 300 ng/ml) pour atteindre de 20 à 100 ng/ml en 2 à 6 mois .

chez le nourrisson de plus de 6 mois à l'enfant jusqu'à 15 ans : 15 à 100 ng/ml

Demande validée biologiquement par: DR Ouafae KECHABA

Total de pages: 3

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES  
DR. OUAFABE KECHABA

BIOLOGISTE

RÉSIDENTE ORCHIDÉES 4 MOHAMMEDIA

Tél : 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60

I.C.E : 903093353000058



Prélèvement du : 25/11/2023 à 11:07

Résultats édités le: 27/11/2023



**ENF DANOUNE SOPHIA**

Dossier N° 23K77

Prescripteur: Docteur EL HOUARI MOHAMED

Page: 1/3

## **HEMATOLOGIE**

### **HEMOGRAMME**

(Horiba-Yumizen H550)

#### **NUMERATION SANGUINE**

			Valeurs de référence
GLOBULES ROUGES.....	4,65	M/mm <sup>3</sup>	4,0 à 5,4
HEMOGLOBINE.....	8,7	g/dL	11,5 à 16,0
HEMATOCRITE.....	28,3	%	35,0 à 47,0
VGM.....	60,8	μ <sup>3</sup>	77 à 91
TCMH.....	18,6	pg	25 à 30
CCMH.....	30,6	g/dL	32 à 36
PLAQUETTES.....	372	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 à 430
GLOBULES BLANCS.....	6 080	/mm <sup>3</sup>	4 000 à 11 000

#### **FORMULE LEUCOCYTAIRE**

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	48,4	%	
Soit	2 943	/mm <sup>3</sup>	1 500 à 8 000
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	2,0	%	
Soit	122	/mm <sup>3</sup>	0 à 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	1,5	%	
Soit	91	/mm <sup>3</sup>	0 à 200
LYMPHOCYTES.....	38,4	%	
Soit	2 335	/mm <sup>3</sup>	1 200 à 6 500
MONOCYTES.....	9,7	%	
Soit	590	/mm <sup>3</sup>	200 à 1 200

-Anémie microcytaire hypochrome.

-Sur frottis sanguin: Aniso-Poikilocytose, Hypochromie et présence de plaquettes de grande taille.

**LABORATOIRE LES ORCHIDÉES**  
**DR. OUAFAE KECHABA**  
 BILOGISTE  
 RÉSIDENCE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA  
 Tél: 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60  
 I.C.E: 003093353000058