

## 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° W21-697727

120181

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

19868

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUCHOU M OUSSTAMA

Date de naissance :

19/12/1985

Adresse :

24-12, Résidence cœur de vie, ville verte, Boukoura

Tél. :

0615097970

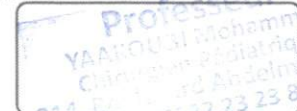
Total des frais engagés :

500

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/12/2022

Nom et prénom du malade :

Bouchoum

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

1

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Phimosis

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 :

Casablanca

Le :

17/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
15/5/22	G		259,050	INPE: [Signature]

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
LABORATOIRES MEDICALES Dr. Mouad Othmani - Biologiste N°2 Bd El Ouds, Résidence El Ouds Quartier Oumaris - Ain Chock - CASABLANCA Tél: 05 22 21 31 11 - Fax: 05 22 21 22 77 INPE: 093061596	2005.12	R, S, D	250.000

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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 Mohammed YAAKOUBI

Chirurgie Pédiatrique

Professeur Agrégé

Ex-Enseignant à la faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتور محمد يعقوبي

جراحة الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, le :

22.05.22

الدار البيضاء

Bouchoum Zayn

Laboratoire Othmani

Zain BOUCHOUM

288661006



aff + ppo

TP, TAC

finger

Professeur  
YAAKOUBI Mohammed  
Chirurgie Pédiatrique  
314, Boulevard Abdelmoumen  
Tél : 05 22 23 23 80

# Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca

Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

## Facture

N° facture : 2022-3037

Edité le : 21/05/2022

Patient : N-N BOUCHOUM Zayn

Date prélèvement : 20/05/2022

N° Dossier : 288661006

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	107,20
GROUPE SANGUIN ET RHESUS	60	80,40
Taux de Prothrombine	40	53,60
Temps de Céphaline Activée	40	53,60
<b>Total B</b>	<b>220</b>	<b>294,80</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>15,00</b>
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		<b>250,00</b>

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES

Dr. Houda Othmani - Biologiste

N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods,  
Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39

INPE: 093061596



Casablanca, le 21/05/2022

## Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 288661006 Pvt du: 20/05/2022 15:48

Nom : N-N BOUCHOUM Zayn

Age : 1 ans

Demandé par Dr : YAAKOUKI MOHAMMED

Page : 1/2

### HEMATOLOGIE

#### Valeurs Usuelles

#### NUMERATION GLOBULAIRE

Erythrocytes	:	4,74	M/mm <sup>3</sup>	(3,7 - 5,5)
Hémoglobine	:	12,20	g/dl	(11 - 13,5)
Hématocrite	:	38,10	%	(32 - 40)
VGM	:	80,38	fL	(68 - 86)
TCMH	:	25,74	pg	(23 - 31)
CCMH	:	32,02	g/dl	(30 - 36)
Leucocytes	:	7 690	/mm <sup>3</sup>	(6000 - 15000)
Plaquettes	:	327 000	/mm <sup>3</sup>	(150000 - 400000)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	34,8 %	Soit 2676,00 /mm <sup>3</sup>	(2000 - 6000)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,3 %	Soit 100,00 /mm <sup>3</sup>	(100 - 600)
Polynucléaires Basophiles	:	1,9 %	Soit 146,00 /mm <sup>3</sup>	(Inférieur à 150)
Lymphocytes	:	49,3 %	Soit 3791,00 /mm <sup>3</sup>	(2000 - 11000)
Monocytes	:	12,7 %	Soit 977,00 /mm <sup>3</sup>	(200 - 1000)

Etude du frottis sur lame : La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

### IMMUNO- HEMATOLOGIE

#### GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS

(Voir carte de groupage)

Groupe Sanguin	:	O
Rhésus	:	POSITIF

Les résultats ne doivent pas être considérés comme définitifs qu'après une deuxième détermination effectuée sur un second prélèvement.

N.B : Chez un nourrisson de moins de 6 mois le groupe sanguin définitif ne peut être établi. Une deuxième détermination est nécessaire après 6 mois.





# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

( Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmiologie )

N-N BOUCHOUM Zayn

Dossier N° : 288661006

Page : 2/2

## HEMOSTASE

### Valeurs Usuelles

#### Taux de Prothrombine

(Technique : Coagulation/START Max,Stago )

: 93 % ( 70 - 100 )

#### Temps de Céphaline Activée

(Technique : Coagulation/START Max,Stago )

Temps du Témoin : 30 sec

Malade : 34 sec

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 11  
INPE: 003061506

Nous vous remercions de votre confiance  
Prélèvement à domicile sur rendez-vous