

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0006980

127669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M406 Société : L. A. 04
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : EL BJAOUI Rachid
Date de naissance : 16-04-1976 à Casa
Adresse : Des Andalouses 3. Etg. 3
la Corniche Casa
Tél. 06 96 54 45 96 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/08/2022
Nom et prénom du malade : EL BJAOUI Rachid Age: 46
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Pneumonie / Cirrhose
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Tumeur
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 : 08/08/2022
Signature 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 |
| 26.03.22 | C3 | 300 | 60 |  |
| INP# 091027862 | | | | |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Reçue et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <p>LABORATOIRE DE RB SULTAN</p> <p>D'Analyse Médicale 8r. Mohammed TOUMI BENJELLOUN 8r. Mohamed VI, 3ème Etage - Casah Tél: 05 22 81 59 36</p> | 26/02/22 | 1523,00 | 330,00 |

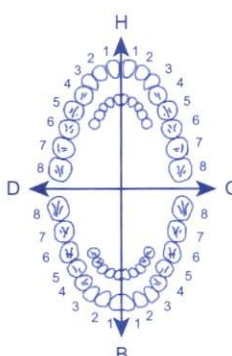
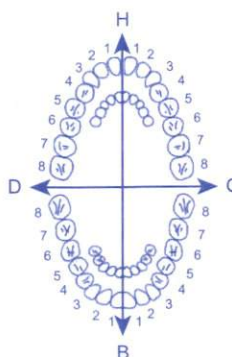
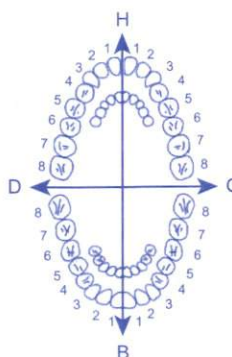
[illegible]

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 | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|---|---|---|--|---|--|----------|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> OD.F PROTHESES DENTAIRES </div>  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> B </td> </tr> </table> | | | | H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> | | G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> | | B | | |
| | H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> | | G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 | |
|--|--|-------------------|---------------------|-------------|---|
| | | | | | 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"/> |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> | | | | |
| | [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

DR. HICHAM SIBAI
PROFESSEUR EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE



الدكتور هشام السباعي

أستاذ في جراحة الأطفال

الجراحة الباطنية

جراحة المسالك البولية

جراحة المواليد والرضع

أستاذ سابق بكلية الطب

CHIRURGIE DIGESTIVE
CHIRURGIE URO-GENITALE
CHIRURGIE NEONATALE

EX ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE

Casablanca le :

24/08/22

El Bayouni Yslam

Ganglions

NFS - Pp

TV - TAC

LABORATOIRE DERB SULTAN
D'Analyse Médicale
Dr. Mohammed TOUIMI BENJELLOUN
425, Bd. Mohammed VI, 3ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 81 59 36
04

Dr. HICHAM SIBAI
P. en Chirurgie Pédiatrique
117, Av. 2 Mars, Angle rue de Rome, Rés. Al Hayat, 5ème étage N°25 - Casablanca
Tél.: 05 22 28 04 05 / 06 59 26 98 58
Tél.: 0522.28.04.05 / 0659.26.98.58

117 شارع 2 مارس، بداية زنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الخامس الرقم 25، الدار البيضاء - المغرب
cabinet.drsibai@gmail.com : البريد الإلكتروني / 06 59 26 98 58 / 05 22 28 04 05 : الهاتف
117 Av 2 Mars, Angle rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5ème étage N°25, Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 28 04 05 / 06 59 26 98 58 / Email : cabinet.drsibai@gmail.com
ICE: 000232181000029 - IF:1526957 - PATENTE: 34475142

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
425, bd Mohamed VI, 3ét Derb Elkabir 20500
05.22.81.59.36 – 05.22.81.59.40

FACTURE N : 220800469

CASABLANCA le 24-08-2022

BM Islam EL BJAOUNI

Demande N° 22082420398

Date de l'examen : 24-08-2022

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | |
|----------------------------|--|-----|
| CN | Analyse | Clé |
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | B0 |
| PSA | Prélèvement sang adulte | E25 |
| 0216 | Numération formule | B80 |
| | Groupe Sanguin | B70 |
| | temps de céphaline activée | B40 |
| | taux de prothrombine | B40 |

Total des B : 230

TOTAL DOSSIER : 330DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent trente dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
Dr. Mohamed VI, 3ème Etg. - Casablanca
Tél : 0522 81 59 36

ICE : 001539203000005 / INP : 093002772 / I.F : 44601910



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التويمي بن جلون

DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN

PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE

CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

Enregistré le : 24-08-2022 17:34

Prélevé le :

Edité le : 25-08-2022

BM EL BJAOUI Islam

Né(e) le : 15-10-2021

Sexe : M

Réf : 22082420398

Prescripteur: HICHAM SIBAI Tél :

Correspondant : Fax :

HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

| | | | |
|----------------------------|-------|-------------------|----------------|
| Hématies | 4.56 | M/mm ³ | (4.00-5.00) |
| Hémoglobine | 11.80 | g/100ml | (11.00-13.00) |
| Hématocrite | 32.50 | % | (33.00-39.00) |
| CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES | | | |
| VGM | 71.30 | fl | (72.00-121.00) |
| TCMH | 25.90 | pg | (27.00-32.00) |
| CCMH | 36.30 | % | (31.00-36.00) |
| Leucocytes | 9 270 | /mm ³ | (6 000-17 000) |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|-----------------------------|----------|------------------|----------------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | 39.80 | % | (50.00-75.00) |
| Soit | 3 689.46 | /mm ³ | (2 500.00-7 125.00) |
| Polynucléaires Eosinophiles | 2.30 | % | (1.00-3.00) |
| Soit | 213.21 | /mm ³ | (50.00-285.00) |
| Polynucléaires Basophiles | 0.40 | % | (0.00-1.00) |
| Soit | 37.08 | /mm ³ | (0.00-95.00) |
| Lymphocytes | 50.60 | % | (20.00-40.00) |
| Soit | 4 690.62 | /mm ³ | (3 200.00-11 200.00) |
| Monocytes | 6.90 | % | (3.00-7.00) |
| Soit | 639.63 | /mm ³ | (150.00-665.00) |
| | 100.0 | | |
| Plaquettes | 398 000 | /mm ³ | (150 000-400 000) |
| (Tech : SYSMEX 2000i) | | | |

LABORATOIRE DERB SULTAN
Dr. Mohammed TOUIMI BEN JELLOUN
425, Bd. Mohamed VI (3^{ème} étage) - Casablanca
Tél: 05 22 81 59 36

Page 1 sur 2



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التويمي بن جلون

DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN

PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

22082420398 – BM EL BJAOUI Islam

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine
(Tech : KC4 DELTA AMELUNG)

87.70 %

(70.00–100.00)

Temps de Céphaline Activée TCA

Temps sujet

29 sec

Temps témoin

30 sec

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO
Rhésus (D)

O
Positif

LABORATOIRE DERB SULTAN
Dr. Mohamed TOUIMI Ben Jelloun
425 Bd. Mohamed VI, 3ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 81 59 36