

## 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° W21-720300

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12323

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : FIKRI BOUCHAIB

Date de naissance : 12/04/1981

Adresse : BGC, VILLEVERTE, IM 66, Apt 5

Tél : 0661486542

Total des frais engagés : 1200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/06/2022

Nom et prénom du malade : FIKRI BOUCHAIB

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affect ORL

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 : / /

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
21/6/92		CS	Gratuit	INP :

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
	25/06/92	B2, B3	1200,00 Fr.

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'O.D.F.																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :													
				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														

Fr. Boucharb Fikri

2) PCR. Covid 19

2) CRP

3) D. d'incise

4) NFS, PP

g Creat 2



Dr. Sanae LRHAZI  
- Serviço Facial

ORL et Chirurgie Générale - F. Schmitt  
El Kadiri Rés. Nahr

38/39/41 Sid Meharouf Case

05 22 76 00 88 - 98th: 06 57 01

INPE: 001199270

# Anoual

Laboratoire de Biologie médicale  
Genétique moléculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



# مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**  
Radio-biologiste  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

**FACTURE N° 2206210128**

**Mr Bouchaib FIKRI**

Demande N° 2206210128

Date de l'examen : 21-06-2022

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Créatinine	B30	B
	CRP us	B100	B
	D-Dimères	E500	E
	NF	B80	B
	Recherche SARS CoV2 par RT-PCR	E400	E

Total des B : 210

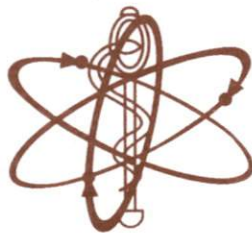
TOTAL DOSSIER : 1200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de mille deux cents dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,  
Prénoms et les Dates des Analyses.**





Mr Bouchaib FIKRI

Né(e) le : 12-04-1981

Dossier N° : 2206210128

Date de l'examen : 21-06-2022

Prélevé le : 21-06-2022 14:49 en interne

Edité le : 27-06-2022

DR : Dr sanae Irhazi

Adresse :

Page 1 / 2



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## HEMATOCYTOLOGIE

### Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	5.20	milliers/ $\mu$ l	(4.00-10.00)
Hématies : [AC]	4.67	millions/ $\mu$ l	(4.50-6.50)
Hémoglobine : [AC]	13.0	grs/dL	(13.0-17.0)
Hématocrite : [AC]	41.6	%	(40.0-54.0)
VGM : [AC]	89.0	$\mu$ 3	(80.0-100.0)
TCMH : [AC]	27.9	pg	(27.0-32.0)
CCMH : [AC]	31.3	g/dl	(32.0-36.0)
RDW : [AC]	12.6	%	(11.0-16.0)
Polynucléaires Neutrophiles :	61.5	%	
Soit:	3.20	milliers/mm3	(2.00-7.50)
Polynucléaires Eosinophiles :	1.4	%	
Soit:	0.07	milliers/mm3	(0.00-0.50)
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%	
Soit:	0.03	milliers/mm3	(0.00-0.20)
Lymphocytes :	27.2	%	
Soit:	1.41	milliers/mm3	(1.00-4.00)
Monocytes :	9.4	%	
Soit:	0.49	milliers/mm3	(0.20-1.00)
Plaquettes : [AC]	258	milliers/ $\mu$ l	(150-500)

## HEMOSTASE

(échantillon primaire : plasma citraté)

D-Dimères	120	ng/ml	(<500)
-----------	-----	-------	--------

(Dosage immunoenzymatique (TOSOH AIA-900))

## BIOCHIMIE SANGUINE

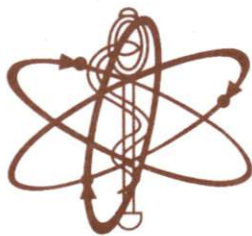
Créatinine [AC]	9.6	mg/l	(7.0-12.0)
(Jaffé, tamponné, cinétique- Cobas 6000® Roche)	85.0	$\mu$ mol/l	(62.0-106.2)
CRP.us [AC]	31.1	mg/L	(<5.0)

(Immunoturbidimétrie - Cobas 6000® Roche)



# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



## مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

Mr Bouchaib FIKRI

Né(e) le : 12-04-1981

Dossier N° : 2206210128

Date de l'examen : 21-06-2022

Prélevé le : 21-06-2022 14:49 en interne

Edité le : 27-06-2022

DR : Dr sanae Irhazi

Adresse :

Page 2 / 2



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

### VIROLOGIE MOLECULAIRE (SARS-CoV-2)

Nature du prélèvement

Résultat

Conclusion

Technique: RT-PCR temps réel, COVID-19 Kit.

Ecouvillon naso-pharyngé

Positif

Présence de l'ARN viral du SARS COV-2.

