

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

- 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



Déclaration de Maladie

Nº W21-768468

8

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12808	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHBOURK TAREK			
Date de naissance :	21.04.1984		
Adresse :	Lot ALLA MOUNE 2, RUE 36 NR 18 à 20 CASA BLANCA		
Tél. :	06.61.23.84.75	Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 <p>Centre ORL de Diagnostic et Explorations C.O.D.E.A.T FARABI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 47 20 20 NIPPE : 091</p> 		
Date de consultation :	26/10/2022		
Nom et prénom du malade :	CHBOURK TAREK		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age:
Nature de la maladie :	Affection ORL		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential 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) :

VOLET ADHERENT

Le : 21-11-2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
26/10/22	53		300 Dhs.	  Dr. Jean Jaurès - ORL de Casablanca 22/10/2022 - Fax : 05 22 20 18 85 Tél : 09103753

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Demande du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIR SOCIETE ANONYME D'ABOUDOUKOU TANZANIA LTD P.O. BOX 228	26/10/92	421.48

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE LA VILLETTÉ 107 RDC Résidence salam boulevard Ibn Tachfine casablanca tel 0522 600 606 / 0522 600 409	01/11/22	B23.7	240.40 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHÉSIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

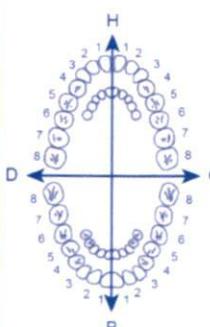
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
B	R



[Création, remont, adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES <p>D H G B</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	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"/>
--	--	---

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 26/10/2022

Casablanca, le

Enfant

KENZA

CHBOURK

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

79.00 x 2

HIVERNEX SIROP
1 PRISE * 3 PAR JOUR * 4 JOURS

LOT 09193b/F
PER 09/2024
PPC 79.00

LOT 091930/F
PER 09/2024
PPC 79.00

STERIMAR

lavage du nez 3-4 fois par jour

131.70 x 2

NASONEX 40

1 pulvérisations les soirs pendant 3 mois

PHARMACIE SAIB
SARL AU
Dr. Zakaria DDOURO
154 Bd Oued Douira
EL AZHARI
Tél 05 22 91 16 54

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Dr. M. Amine HESSISSEN
O.R.L.
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Bourguiba - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

PHARMACIE SAIB
SARL AU
Dr. Zakaria DDOURO
154 Bd Oued Douira
EL AZHARI
Tél 05 22 91 16 54

421.40

Angie
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

code
AL FARABI

BILAN

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفراقي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA

TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

BILAN

Mr, Melle, Mme, Enft
Nécessite le bilan suivant :



- NFS + Pq
- VS
- TP - TCK
- UREE GLYCEMIE
- GROUPAGE
- ASLO
- AUTRE.....

LABORATOIRE LA VILLETTÉ
107 RDC Résidence solam boulevard
Le
Ibn Tachefine casablanca
0522 600 406 / 0522 600 409
Né(e) le :

Pr. Med. A. HESSISSEN
C.O.D.E AL FARABI
Centre O.R.L & Diagnostic Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 29 18 85
INPE : 09 1033 753



LABORATOIRE LAVILLETTÉ

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

423, Bd Ibn Tachfine 1^{er} étage La villette Casablanca

Tel: 0522 60 04 06 / 04 09 – Fax: 05 22 60 04 09 – email : lavillettelab@gmail.com

CNSS : 4445591 IF : 15167174 PATENTE : 31490706

ICE : 000526665000051

Dr Dallal JEDDI

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de l'Université de Médecine et Pharmacie de Rabat

INPE : 093062339

Casablanca, le : 01/11/2022

FACTURE N° : 220006880

Nom et Prénom : Enf Kenza CHBOURK

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
	Groupe Sanguin Provisoire	B60	B
	TCK	B40	B
	TP non traité	B40	B
	Numeration Formule Sanguine NFS	B80	B

Total des B : 237

Montant total de la facture : 240.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quarante dirhams s.

NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès des organismes d'assurance).

LABORATOIRE LA VILLETTÉ
107 RDC Résidence salom boulevard
Ibn Tachfine casablanca
Tel 0522 600 406 / 0522 600 409



Date du prélèvement : 01/11/2022 à 09:38
Code patient : 220116-0022
Né(e) le : 24/08/2018 (4 ans)

Enf Kenza CHBOURK
Dossier N° : 221101-0035
Prescripteur : Pr Med A. HESSISSEN



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate : HORIBA Medical ABX PENTRA)

"Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse"

Hématies :	5,11 M/mm ³	(3,85-5,15)
Hémoglobine :	13,5 g/dL	(10,7-13,9)
Hématocrite :	41,5 %	(32,5-41,5)
VGM :	81 fL	(74-89)
TCMH :	26 pg	(25-31)
CCMH :	32,5 g/dL	(28,0-36,0)

Leucocytes :	15 100 /mm³	(5 400-13 800)
---------------------	-------------------------------	----------------

Polynucléaires Neutrophiles :	53 %	
Soit:	8 003 /mm ³	(1 700-8 500)

Lymphocytes :	38 %	
Soit:	5 738 /mm ³	(2 000-8 000)

Monocytes :	6 %	
Soit:	906 /mm ³	(<1 000)

Polynucléaires Eosinophiles :	3 %	
Soit:	453 /mm ³	(0-600)

Polynucléaires Basophiles :	0 %	
Soit:	0 /mm ³	(0-150)

Plaquettes :	520 000 /mm³	(200 000-500 000)
---------------------	--------------------------------	-------------------

Commentaire :
Leucocytose associée à une thrombocytose controlée.

LABORATOIRE LA VILLETTÉ
107 RDC Résidence Salam, boulevard Ibn Tachefine - Casablanca
Ibn Tachefine 107 RDC Résidence Salam, boulevard
Tel: 0522 600 406 / 0522 600 409



HEMOSTASE

Temps de Quick Patient: 13,9 sec.

Temps de Quick Témoin: 12,0 sec.

Taux de Prothrombine 86 % (70-120)

(Réactif STAGO – Technique chronométrique)

INR : 1,20

TCK Temps patient 30,0 sec.

(Réactif STAGO – Technique Chronométrique)

TCK Temps témoin 30,0 sec.

(Réactif STAGO – Technique chronométrique)

TCK Ratio patient/témoin 1,00 (<1,30)

Conclusion Bilan d'hémostase normal.

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin DEFINITIVE.

Groupe sanguin ABO

O

Rhésus (D)

Positif

D.u. faible (C, E)

(ci joint carte de groupage)

NB: Cas particulier chez le nouveau-né : Le groupe sanguin n'est valide que jusqu'à l'âge de 6 mois

Validé par : Dr Dallal JEDDI

LABORATOIRE LA VILLETTÉ
107 RDC Résidence Salam boulevard
Ibn Tachefine Casablanca
Tél 0522 600 406 / 0522 600 409