

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

- Reclamation : 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° W21-768468

137970

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12808 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHBOURK TAREK
 Date de naissance : 21.04.1984
 Adresse : Lot ALLAIMOUNE 2, RUE 36 NR 18 & 20 CASABLANCA
 Tél. : 06.61.23.84.75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2022
 Nom et prénom du malade : CHBOURK TAREK
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 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 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 21/11/2022

VOLET ADHERENT

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
26/10/22	C3		3200 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26/10/22		421.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologiste	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01/11/22		B237	240.00 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

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

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

HIVERNEX SIROP

1 PRISE * 3 PAR JOUR * 4 JOURS

STERIMAR

lavage du nez 3-4 fois par jour

NASONEX 40

1 pulvérisations les soirs pendant 3 mois

Signé : Professeur HESSISSEN M A



Angle
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

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

PHARMACIE SAIB
Dr. Zakaria SAIB
SARL AU
154 Bd Oued Daouira
El Akhmal Oufka Casa
Tél 05 22 91 16 54

LOT 091930/F
PER 09/2024
PPC 79,00

LOT 091930/F
PER 09/2024
PPC 79,00

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

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

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفرابي 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 bil.....
vivant :

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

LABORATOIRE LA VILLETTE
Enf CHBOURK Kenza
Né(e) le : 24-08-2018 F
2211010035
A coller sur l'ordonnance

LABORATOIRE LA VILLETTE
107 RDC Résidence salam boulevard
Ibn Tachefine casablanca
0522 600 406 / 0522 600 409

Le.....
Né(e) le :

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès - Brahim Roudani
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753



LABORATOIRE LAVILLETTE

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 VILLETTE
107, R.C. Résidence salam boulevard
Ibn Tachfine casablanca
Tél 0522 600 406 / 0522 600 409



LABORATOIRE
La Villette

D'Analyses Médicales et Biologiques

Dr. Dallal JEDDI

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie

Hormunologie - Oncologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie médicale
Spermiologie

CODE INPE



* 0 9 3 0 6 2 3 3 9 *

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	/mm ³	(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	/mm ³	(200 000-500 000)

Commentaire :

Leucocytose associée à une thrombocytose contrôlée.

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



LABORATOIRE
La Vilette

D'Analyses Médicales et Biologiques

Dr. Dallal JEDDI

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie

Hormunologie - Oncologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie médicale
Spermiologie

CODE INPE



* 0 9 3 0 6 2 3 3 9 *

221101-0035 - Enf Kenza CHBOURK

HEMOSTASE

Temps de Quick Patient:	13,9 sec.	
Temps de Quick Témoin:	12,0 sec.	
Taux de Prothrombine (Réactif STAGO - Technique chronométrique)	86 %	(70-120)
INR :	1,20	
TCK Temps patient (Réactif STAGO - Technique Chronométrique)	30,0 sec.	
TCK Temps témoin (Réactif STAGO - Technique chronométrique)	30,0 sec.	
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)

(çi 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 VILLETTE
107 RDC Résidence Salam boulevard
Ibn Tachefine Casablanca
Tel: 0522 600 406 / 0522 600 409