

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20900 - 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° W19-448442

139008

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07564 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOUIKATOUM

Date de naissance : 11/10/1982

Adresse : 13 BD ELMAHADIEN RES 2 ANGEASA

Tél. : Total des frais engagés : 68,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : CASABLANCA

Date de consultation : 11/10/2022

Nom et prénom du malade : NAOUIKATOUM

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD ALC

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) : NAOUIKATOUM Le : 15/10/2022

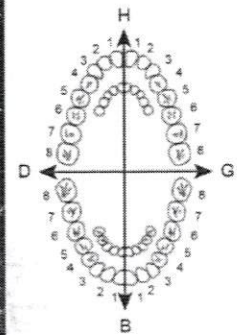
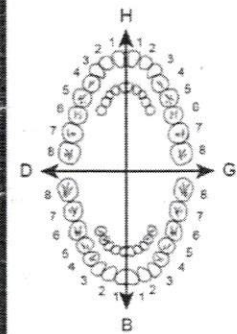
Rue de la Forêt Méditerranéenne - Casablanca 20900 - Tél. : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18

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
25/10/22	SSA	63,60		INP : 911 29604

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
	25/10/22	340	63,60

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 : <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			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"/>														
	<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	
	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														

# Bilan Biologique

Le :

25/10/22

Nom/Prénom :

MAOUI KORTOUM

Age :

Sexe : H ☐ F ☒

## Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture

## Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

## Hémostase

- ☒ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☒ INR

## Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☐ Hémoglobine glyquée

## Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl+
- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg++
- ☐ Bicarbonates (HCO<sub>3</sub>-)
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Autres : .....

## Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

## Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases acides
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ 5'Nucléotidase
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

## Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl+
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

## Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ Antibiotogramme

## Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

## Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL-TRHA
- ☐ Hépatite B
  - ☐ Antigène Hbs
  - ☐ Anticorps Anti-Hbs
  - ☐ Anticorps Anti-Hbc
  - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
  - ☐ Anticorps Anti-HVC

☐ Sérologie Toxoplasmose

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUAJJA TOUHAMI  
Biologiste

384 Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 49 95 - Fax: 05 22 27 49 13  
(Fax, Waal, Rose)

- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du Complément

# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006  
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

**FACTURE N° : 221000821**

Casablanca le 25-10-2022

Mme NAOUI Keltoum

Date de l'examen : 25-10-2022

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0236	Taux de prothrombine	B40

Total des B : 40

TOTAL DOSSIER : 68.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-huit dirhams soixante centimes.

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham ~~QUAZZANI~~ TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier  
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté  
de Pharmacie Paris V

cofrac



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles  
sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seuls les résultats identifiés  
par le symbole [AC] sont couverts  
par l'accréditation

Dossier ouvert le : 25-10-2022

Prélevé le : 25-10-2022 à 10:27

Edité le : 25-10-2022

Mme NAOUI Keltoum

Réf dossier: 22103897

Page N° : 1 / 1

## HEMOSTASE

Echantillon plasma citraté

Valeurs références

Antériorités

Sous traitement: [AC]

Sintrom

19-09-2022

Temps de Quick Témoin: [AC]

13.3 sec.

13.2

Temps de Quick Patient: [AC]

45.1 sec.

39.8

Taux de Prothrombine [AC]

20 %

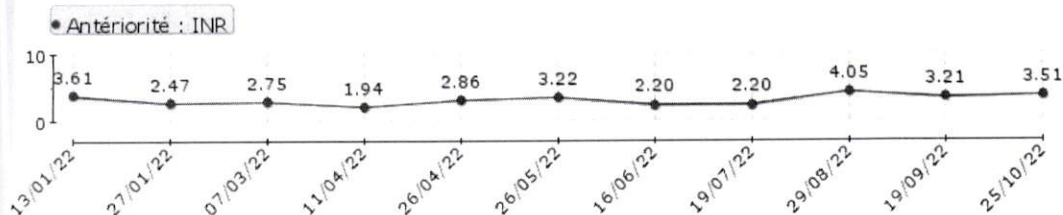
23

INR : [AC]

3.51

3.21

(Technique chronométrique)



Handwritten notes: 3/4, 3/4, 3/4

Handwritten notes: 3/4, 3/4, 3/4

Handwritten notes: 3/4, 3/4, 3/4

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 49 05 - Fax: 05 22 27 49 13  
Dr. Ouazzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13  
E-mail : [labocbc@gmail.com](mailto:labocbc@gmail.com) - Site web : [www.laboratoirecbc.com](http://www.laboratoirecbc.com) - INP: 097158794 - Patente : 35405458 - C.N.S.S.: 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019