

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0041174

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 142345  
Nom & Prénom : BENBITI Tifani  
Date de naissance : 13/03/1946  
Adresse : BP 213 51.000 EL HAJEB  
Tél. 0661316261 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/03/1946  
Nom et prénom du malade : BENBITI Tifani Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : ..... Le : 10/10/2022  
Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
24/10/22	CS & C2		gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/10/22	B 170	386,80

# AUXILIAIRES MEDICAUX

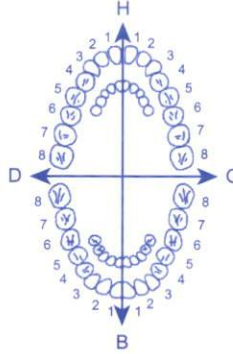
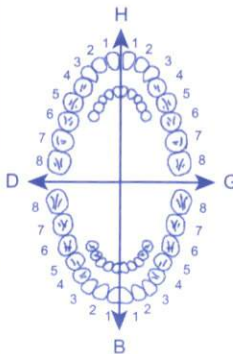
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

## Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

### CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé des Universités de Médecine de Paris

Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts

Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Européenne de Rétine

OCT - Angiographie (Fluo / ICG) - Laser - Echographie



# CNOC

## الدكتور محمد الزيدي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

### جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية للشبكية

24/10/2022

تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالصدى

## BILAN

Mr. TIJANI Benbihi

- Glycémie à jeun
- Hb A1C
- Urée\_créatinine
- NFS

Laboratoire Bouskoura  
d'Analyses Médicales  
mm Saïfi Maher, App N° 3 Bouskour  
Tél: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87  
ICE: 002133313000022

DR ZIDI Mohamed  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés, Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG • Fax: 05 22 23 49 87

ACCUEIL  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
PR: El  
Tél: 05 22 23 49 89 LG • Fax: 05 22 23 49 87





# LABORATOIRE BOUSKOURA D'ANALYSES MEDICALES

**FACTURE N° : 221000377**

BOUSKOURA le 25-10-2022

**Mr BENBIHI Tijani**

INPE :



093062826

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Prélèvement	E25
0111	Créatinine	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0216	Numération formule	B80
0182	Urée	B30
	MDRD (Clairance créatinine estimée)	B0

Total des B : 270

TOTAL DOSSIER : 386.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingt-six dirhams quatre-vingts centimes.

Laboratoire Bouskoura  
d'Analyses Médicales  
Imm. Safri Maher, App N° 3 Bouskoura  
Tél: 0522 01 24 01 / 0662 78 71 87  
Tél: 002133313000022





# مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

## Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie  
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr Zeineb Laalej  
Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 25-10-2022 à 09:10  
Code patient : 22101029  
Né(e) le : 13-03-1946 (76 ans)

Mr BENBIHI Tijani  
Dossier N° : 22101029  
Prescripteur : Dr ZIDI MOHAMED



### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE (BC-5380 MINDRAY)

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

#### NUMERATION GLOBULAIRE

GLOBULES ROUGES :	4.23	M/mm <sup>3</sup>	(4.50-6.20)
HEMOGLOBINE :	13.4	g/dL	(12.5-17.0)
HEMATOCRITE :	38.5	%	(37.0-50.0)
VGM :	91.0	fL	(77.0-101.0)
TCMH :	31.7	pg	(27.0-34.0)
CCMH :	34.8	g/dL	(31.0-36.0)
LEUCOCYTES :	5 770	/mm <sup>3</sup>	(3 800-10 500)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES :	69.2	%	
Soit:	3 993	/mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES:	3.6	%	
Soit:	208	/mm <sup>3</sup>	(0-600)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :	0.4	%	
Soit:	23.1	/mm <sup>3</sup>	(0.0-200.0)
LYMPHOCYTES :	20.5	%	
Soit:	1 183	/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 400)
MONOCYTES :	6.3	%	
Soit:	364	/mm <sup>3</sup>	(<1 100)
PLAQUETTES :	223 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)
VMP	8	µm <sup>3</sup>	(6-11)



# مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

## Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie  
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr Zeineb Laalej  
Médecin Biologiste

22101029 - Mr BENBIHI Tijani

### BIOCHIMIE SANGUINE

**Glycémie à jeun** <sup>(RC)</sup>  
(Méthode Enzymatique - Colorimétrique)      **1.44** g/L      (0.70-1.10)  
7.99 mmol/L      (3.89-6.11)

**Hémoglobine glyquée (HbA1c)**      **6.7** %  
(HPLC-723 GX TOSOH)

**Variant Hb**      Absence de variant d'hémoglobine

#### Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP:

4 - 6 % ..... Intervalle non-diabétique. (Sujet normal)  
< 6,5 % ..... Excellent équilibre glycémique (DNID)  
< 7 % ..... Excellent équilibre glycémique (DID)  
8 - 10 % ..... Equilibre glycémique médiocre, action corrective suggérée  
> 10 % ..... Mauvais équilibre glycémique, action corrective nécessaire

**Urée**      **0.27** g/L      (0.20-0.50)  
(Méthode Enzymatique - Cinétique)      4.50 mmol/L      (3.33-8.33)

**Créatinine** <sup>(RC)</sup>      **14.2** mg/L      (5.9-14.0)  
(Méthode Cinétique de Jaffé)      125.7 µmol/L      (52.2-123.9)

### CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMEE (formule MDRD)

(MDRD = Modification of Diet in Renal Disease)

**Clairance:**      **52** mL/min      (>60)  
(Clairance de la créatinine estimée pour un patient caucasien)  
(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : Dr. LAALEJ Zeineb

Signature of Dr. Zeineb Laalej  
Stamp: Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales  
N° 3 Imm Mahir 1<sup>er</sup> étage Centre Bouskoura - CP 27 182 - Nouaceur - Casablanca  
Tél: 05 22 01 22 01 / 06 62 787 187