

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° W21-711122

1503AS

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : HILAL HAKIMA

Date de naissance : 11/01/63

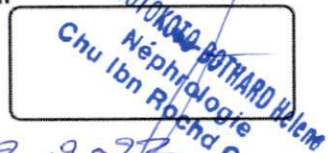
Adresse : 179 Bd BRAHIM ROUDANE Ap 20

MAARIF CASABLANCA

Tél. : 066178650 Total des frais engagés : 4009,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2023

Nom et prénom du malade : HILAL HAKIMA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 01/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/02/2023				INP : <input type="text"/>

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
	08/02/23	B 2462	4002,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="1"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mme HLILA Hakima
01-01-1963
2302083027



SUR CAHIER
1001

BILLET D'EXAMEN

Date : 03/02/2023

Prénoms - Nom du malade : HUCA Hakima

Service : N° d'admission :



Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none"> - NFS + plaquettes - Creat, urée, Na^+, K^+, Ca^{2+}, Phosphate, Albumine; - 25-OH Vitamine D₃; Ac urique - Ferron - Probenamide des reins 	<p>Sérologie HIV, Sérologie de l'hépatite C</p> <p>Sérologie Hépatite B (Ag HBs, Ac Anti HBs, Ac Anti HBe)</p> <p>Sérologie CMV</p> <p>Sérologie toxoplasmose</p>

Le médecin traitant

Tel : 05 22 29 88 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

CHU IBN ROCHD
Rochd - Casablanca



FACTURE N° 2302083027
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 08/02/2023
INPE : 093002574

Mme Hakima HLILA
Demande N° 2302083027
Date de l'examen : 08/02/2023

Récapitulatif des analyses		
Analyse		Clé
Albuminémie (Méthode immunologique)		B60
Acide urique		B30
Calcium		B30
Créatinine		B30
Hépatite B: AgHbs		B120
Hépatite C : Dépistage		B300
HIV 1 + HIV (1 +2) Dépistage		B200
Potassium		B30
Sodium		B30
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)		B80
Phosphore minéral		B40
Toxoplasmose IgG		B100
Urée		B30
Vitamine D		B450
Anticorps anti-HBc (totaux)		B250
Anticorps anti-HBs		B250
Protéinurie 24 heures		B30
Cytomegalovirus- IgG (HN*)		B300
Cytomégalovirus- IgM (HN*)		B300
Sérologie Toxoplasmose IgM (MiniVIDAS)		B100

Total des B : 2760
Total à payer : **4002.00** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre mille deux dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature



LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2302083027**

Résultats de: **Mme HLILA Hakima**

Né(e) le : **01/01/1963 - 60 ans**

N° CIN :

Date du prélèvement : **08/02/2023 08:43. JAM**

Edition du : **10/02/2023 à 12:09**

Monsieur le Dr Médecin traitant de l' HOPITAL IBN ROCHD

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 10/02/2023 à 12:00 >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

24/03/2022

Leucocytes : (RC)	8,74	10 ³ /mm ³	(3,90-10,20)	7,64
Hématies : (RC)	4,91	10 ⁶ /mm ³	(3,90-5,20)	4,87
Hémoglobine : (RC)	15,30	g/dL	(12,00-15,60)	14,80
Hématocrite : (RC)	45,5	%	(35,5-45,5)	44,4
VGM : (RC)	92,7	fL	(80,0-99,0)	91,2
TCMH : (RC)	31,2	pg	(27,0-33,5)	30,4
CCMH : (RC)	33,6	g/dL	(31,5-36,0)	33,3
RDW : (RC)	12,8	%	(0,0-18,5)	12,7

Formule leucocytaire :

Neutrophiles : (RC)	39,7	%		32,1
Soit:	3 470	/mm ³	(1 400-7 700)	2 452
Eosinophiles : (RC)	4,8	%		4,1
Soit:	420	/mm ³	(20-580)	313
Basophiles : (RC)	0,6	%		0,7
Soit:	52	/mm ³	(0-110)	53
Lymphocytes : (RC)	47,1	%		55,8
Soit:	4 117	/mm ³	(1 000-4 800)	4 263
Monocytes : (RC)	7,8	%		7,3
Soit:	682	/mm ³	(150-1 000)	558
Plaquettes: (RC)	295	10 ³ /mm ³	(150-450)	295

Commentaire sur l'hémogramme

Cytologie vérifiée sur frottis

Dossier n° 2302083027 - Mme Hakima HLILA

1 / 6



BIOCHIMIE URINAIRE

Diurèse des 24h

3,500 litres / 24h

19/07/2021

2,350

Protéinurie des 24h

(Chlorure de benzéthonium)

0,105 g/ 24h

(<0,150)

19/07/2021

0,118

BIOCHIMIE

Sodium (Na)

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

140,0 mmol/L

(135,0–145,0)

19/07/2021

139,0

Potassium (K)

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

4,34 mmol/L

(3,60–5,20)

19/07/2021

4,44

Urée:

(Test cinétique)

0,47 g/l

(0,15–0,50)

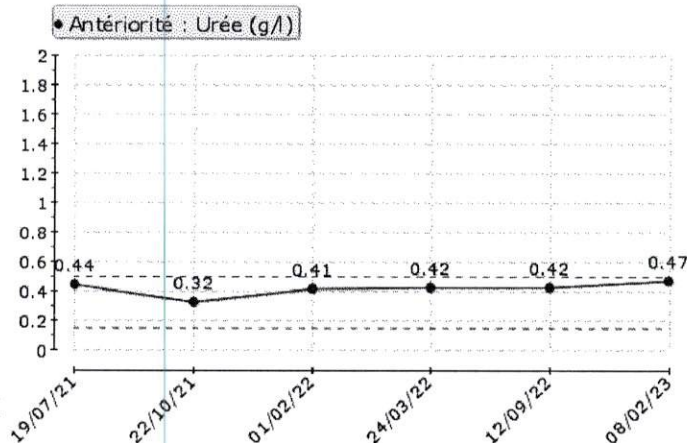
12/09/2022

0,42

7,83 mmol

(2,50–8,34)

7,00



Dossier n° 2302083027 de Mme Hakima HLILA



2 / 6



Créatinine:

(Dosage colorimétrique cinétique)

9,0 mg/L
79,7 umol/l

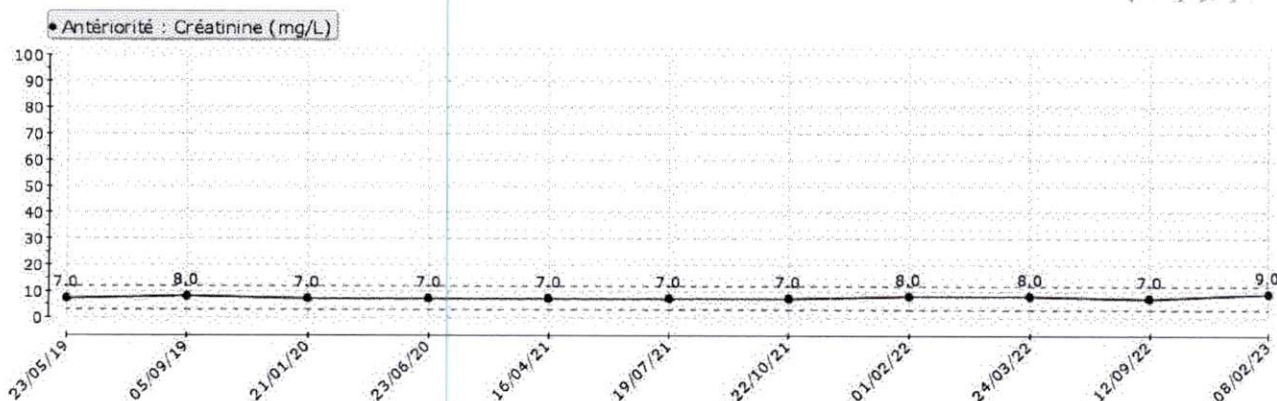
(3,0–12,0)

(26,6–106,2)

12/09/2022

7,0

62,0



Acide Urique

(Dosage enzymatique)

Résultat à confronter aux données cliniques et biologiques.

65,00 mg/L
0,38 mmol/L

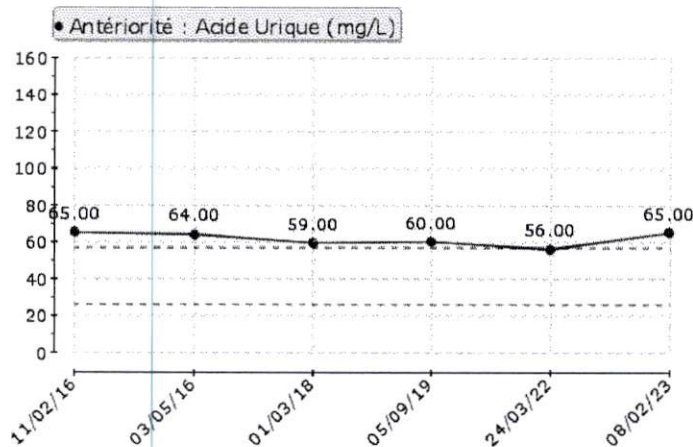
(26,00–57,00)

(0,15–0,34)

24/03/2022

56,00

0,33



Calcium

(Arsenazo III)

102,0 mg/L
2,55 mmol/L

(84,0–102,0)

(2,10–2,55)

19/07/2021

101,3

2,53

Dossier n° 2302083027 de Mme Hakima HLILA



Phosphore

(Dosage colorimétrique)

Domaine de référence pour les Enfants :

de 1 j à 30 jours	garçons : de 39 à 69 mg/L	filles : de 43 à 77 mg/L
de 1 à 12 mois	garçons : de 35 à 66 mg/L	filles : de 37 à 65 mg/L
de 1 à 3 ans	garçons : de 31 à 60 mg/L	filles : de 34 à 60 mg/L
de 4 à 6 ans	garçons : de 33 à 56 mg/L	filles : de 32 à 55 mg/L
de 7 à 9 ans	garçons : de 30 à 54 mg/L	filles : de 31 à 55 mg/L
de 10 à 12 ans	garçons : de 32 à 57 mg/L	filles : de 33 à 53 mg/L
de 13 à 15 ans	garçons : de 29 à 51 mg/L	filles : de 28 à 48 mg/L
de 16 à 18 ans	garçons : de 27 à 49 mg/L	filles : de 25 à 48 mg/L

Domaine de référence pour les adultes :

>18 ans	Femmes	de 25 à 45 mg/L
>18 ans	Hommes	de 25 à 45 mg/L

38,30 mg/L
1,57 mmol/L

(25,00–45,00)
(1,03–1,85)

35,10
1,44

19/07/2021

Albumine

(Test colorimétrique)

43,90 g/L
667,28 umol/l

(28,00–54,00)
(425,60–820,80)

49,00

744,80

19/07/2021

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

(COBAS 6000)

23,67 ng/mL

(30,00–100,00)

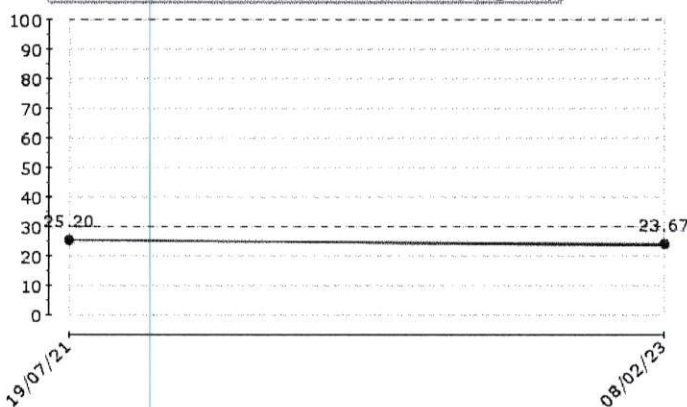
25,20

03/05/2016

Interprétation des résultats:

- <10 ng/ml : Carence
- Entre 10 et 30 ng/ml : Déficit
- Entre 30 et 100 ng/ml : Normal
- >100 ng/ml : Toxicité potentielle

• Antériorité : 25-OH-Vitamine D (D2+D3) (ng/mL)



Dossier n° 2302083027 de Mme Hakima HLILA

4 / 6



SEROLOGIE INFECTIEUSE

Cytomégalo virus IGG
(ECLIA, COBAS 6000)

>500,00 U/ml

Domaine de référence COBAS 6000:

< 0.50	: Non réactif
Entre 0.50 et 1.00	: Douteux
>1.00	: Réactif

Cytomégalo virus-CMV(IgM)
(ECLIA sur COBAS 6000)

0,43

(<0,70)

Domaine de référence COBAS 6000:

< 0.40	: Négatif
Entre 0.40 et 0.80	: Douteux
> 0.80	: Positif

Commentaire :

Profil sérologique en faveur d'un contact antérieur avec le virus CMV.

Toxoplasmose IgM
(ELFA (VIDAS))

0,05

Domaine de référence VIDAS:

< 0.55	: Négatif
Entre 0.55 et 0.65	:
Equivoque	
> 0.65	: Positif

Conclusion:

Négatif

Toxoplasmose IgG (MiniVIDAS)
(Mini VIDAS (ELFA))

490,0 UI/mL

(<8,0)

Interprétation des résultats de l'échantillon:

< 4	: Négatif
Entre 4 et 8	:
Equivoque	
> 8	: Positif

Conclusion:

Présence d'IgG spécifiques,

Dossier n° 2302083027 de Mme Hakima HLILA



SEROLOGIE HIV 1 et 2

H.I.V.:

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

Négatif

Domaine de référence COBAS 6000:

<0.90 : Négatif
Entre 0.90 et 1.00 : Douteux
>1.00 : Positif

SEROLOGIE DE L'HEPATITE B

Anticorps anti-HBs:

(ECLIA sur cobas 6000)

POSITIF

Indice :

>1 000,0 UI/L

(<10,0)

17/07/2020

>1 000,0

Domaine de référence COBAS 6000:

< 10.0 UI/L : Absence d'Anticorps Anti-HBs
>10.0 UI/L : Titre protecteur

Antigène HBs:

(ECLIA, COBAS 6000.)

Négatif

Indice:

(Négatif si <1.00)

0,73 S/Co

(<1,00)

19/07/2021

0,33

Anticorps anti-HBc totaux:

(ECLIA sur COBAS 6000.)

POSITIF

Indice:

0,008 S/Co

28/05/2014

0,010

Domaine de référence COBAS 6000:

< 0.90 : POSITIF
> 0.90 et < 1.00 : Equivoque
> 1.00 : Négatif

SEROLOGIE DE L'HEPATITE C

Anticorps anti-HCV

(ECLIA sur COBAS 6000)

Négatif

Indice

0,03 S/Co

(<0,90)

0,04

IMPORTANT :

En cas d'hépatite aiguë, une réponse négative ne signifie pas nécessairement que le VHC n'est pas en cause.
Dans 60% des cas environ, les anticorps ne se positivent que de façon retardée, entre 2 et 9 mois après l'élévation des transaminases ; il est donc conseillé de répéter la recherche.

(RC) : Résultat contrôlé

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI

Dossier n° 2302083027 de Mme Hakima HLILA



6/6

