

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0035980

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 320 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAICH Verve NAHLA

Date de naissance : 01/21/1944

Adresse : 35, rue St Omer Bourgogne

CASA

Tél : 06 91 58 24 5 Total des frais engagés : 6215, - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/2023

Nom et prénom du malade : Taich Mina Age :

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

Nature de la maladie : RVA

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 : CASA Le : 12/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : AM

Autorisation CNDP N° : AA-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
24.02.2023	CO+ECO		2910,00 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LAMJAMA</b> Nadia ZEMMAMA Avenue du Phare - Résidence Taghazout Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67	24.02.2023	2910,00 dh

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRES RADIOLOGIQUES</b> Laboratoire d'Analyses Radiologiques 22, Bd. D'Audoubert - Casablanca - Tél.: 05 22 48 12 86	24.02.23	8590 + PC	8590

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

22-02-23

Tardif

MFS-RJ

Familial

CSA (HDL, LDL

A - unique



De 24-02-2023

Tarich Nima

270,00x3

- Co-plavix 75mg/100mg

82,80x3

- Ranciplex 40mg

286,00x3

- Exforge 5/60/12/12

1 - - -

87,50

- Nebilet 5mg

97,80x3

- Ransimva 20mg

189,80x3

- Tanelix 20mg

46,00

- Amel Amp

29/10/2023

Total

Dr. CHENBOUNI Chafia  
Cardiologue

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 118001 082018

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

V14097101

PHARMACIE LAHJAJ  
Nadia ZEINMAMA  
Avenue du Phare, Residence Ighazoul  
Casablanca - Tél: 05 22 20 28 67

1. Sphère

Bm ced



6118001030989  
**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH



6118001030989  
**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH



6118001030989  
**EXFORGE HCT** ○  
5mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 286.00 DH

**RANSIMVA® 20 mg** ○  
Boîte de 30  
Comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118000 380146

**RANSIMVA® 20 mg** ○  
Boîte de 30  
Comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118000 380146

**RANSIMVA® 20 mg** ○  
Boîte de 30  
Comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118000 380146

**RANCIPHEX® 10 mg** ○  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



1180011300778

**RANCIPHEX® 10 mg** ○  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



6 118001 300778

**RANCIPHEX® 10 mg** ○  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



6 118001 300778

**TUNELUZ® 20 mg** ○  
30 Gélules



6 118000 070863

**TUNELUZ® 20 mg** ○  
30 Gélules



6 118000 070863

**TUNELUZ® 20 mg** ○  
30 Gélules



6 118000 070863

**STIMOL®** ○  
20 ampoules buvables  
de 10 ml



6 118000 370017

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

**Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie**

Casablanca le 22 février 2023

Mme TAICH MINA

ASMA PRELEVEUSE

FACTURE N°	48368
------------	-------

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70	
Triglycérides -----	B	60	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL + LDL -----	B	80	
Acide urique sanguin -----	B	30	
Ferritine -----	B	250	
Déplacement L -----	B	70	Total : B 590

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	15	
-----------	----	----	--

TOTAL DOSSIER	855,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Cinquante Cinq Dirhams

LABIOMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 0522 48 13 51 / 48 13 86



Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



**Mme TAICH MINA**

Dossier N° : ASMA23512182

Dossier ouvert le : 22/02/23 Prélèvement reçu à 09:52 - Edité le : 22/02/23

Page N° 1/2

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

					Antériorité <u>20/07/22</u>
*	Hématies	: 3,76	M/mm3	4 - 5,4	3,68
*	Hémoglobine	: 11,3	g/dl	11,5 - 16	11,1
	Hématocrite	: 34	%		
	V.G.M.	: 90,2	μ3	80 - 100	
	C.C.M.H.	: 33,3	%	30 à 36	
	T.C.M.H.	: 30,1	pg	27 à 32	
	Leucocytes	: 4 170	/mm3	4000 - 10000	5930

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

	P. neutrophiles	: 45,1	%	soit 1 881	/mm3	2000 à 7500	
	P. éosinophiles	: 4,8	%	soit 200	/mm3	20 à 800	
	P. basophiles	: 0,7	%	soit 29	/mm3	0 à 200	
	Lymphocytes	: 38,8	%	soit 1 618	/mm3	1000 à 4000	
	Monocytes	: 10,6	%	soit 442	/mm3	200 à 1000	
*	Plaquettes	: 136 000	/mm3			150000 - 500000	210000

## BIOCHIMIE

	TRIGLYCERIDES	: 0,77	g/l		0,60 à 1,50	0,86
	(Cobas C6000)	: 0,88	mmol/l		0,70 à 1,70	0,98
*	CHOLESTEROL TOTAL	: 1,45	g/l		1,50 à 2,00	1,64
	(Automate Cobas C6000)	: 3,74	mmol/l		3,87 à 5,16	4,23

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



**Mme TAICH MINA**

Dossier N° : ASMA23512182

Dossier ouvert le : 22/02/23 Prélèvement reçu à 09:52 - Edité le : 22/02/23

Page N° 2/2

### CHOLESTEROLS HDL - LDL

CHOLESTEROL HDL	:	<b>0,53</b>	g/l	> 0,40	0,59
(Cobas C6000)	:	<b>1,37</b>	mmol/l	> 1,03	1,52

Un HDL > 0.60 g/l n'est plus considéré comme un facteur de protection cardiovasculaire (Recommandations Dec 2021)

CHOLESTEROL LDL	:	<b>0,77</b>	g/l	< 1,60	0,88
(Automate Cobas C6000)	:	<b>1,99</b>	mmol/l	< 4,12	2,27

Facteur de Risque Athérogène	:	<b>2,7</b>		N < 5,0	2,8
------------------------------	---	------------	--	---------	-----

* ACIDE URIQUE	:	<b>67</b>	mg/l	30 à 62	81
(Cobas C6000)	:	<b>399</b>	μmol/l	178 à 368	482

* FERRITINE	:	<b>248,80</b>	μg/l		<u>27/07/22</u>
(Cobas C6000)				F 15-160 H 30-280	225,30

*Selon les recommandations HAS 2011 et NABM 2017 (France), le dosage de la Ferritine est l'examen recommandé en cas de suspicion de carence martiale.*

  
Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER