

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.m.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0030169

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2394 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAROUK HAFIDA

Date de naissance : 1-1-53

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

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

### 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
	13/05/23	B:350+PT	494.000W

### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ichraq NASSIRI  
Cardiologue

249, Rés. El Mansour, 1er Étage, Appt. N°1  
Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 05 22 39 76 70

27/12/2022  
**Bilan Biologique**

Nom/Prénom :

M. Ferouk Hojda

Sexe : ☒ M ☐ 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  
☐ PP  
☐ Hyperglycémie pa VO  
☐ Hémoglobine glyquée

**Inogramme sanguin**

- ☐ Na+  
☐ K+  
☐ Cl-  
☐ Ca++  
☐ Phosphore  
☐ Mg++  
☐ Bicarbonates (HCO3-)  
☐ Urée  
☐ Créatinine  
☐ Acide Urique

**Bilan lipidique**

- ☒ Cholestérol total  
☒ Cholestérol HDL  
☒ Cholestérol LDL  
☒ Triglycérides

**Fonction hépatique et enzymologie**

- ☐ Amylasémie  
☐ Bilirubine libre et conjuguée  
☐ Phosphatases alcalines (PAL)  
☐ LDH  
☐ Transaminases (ASAT, ALAT)  
☐ Gamma-GT  
☐ CPK (Créatine Phosphokinase)  
☐ Troponine  
☐ Electrophorèse des protéines EPP  
☐ BNP  
☐ Protidémie  
☐ Albumine

**Ionogramme urinaire**

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

Autres:

**Groupage sanguin**

- ☐ ABO  
☐ Rhésus  
☐ RAI

**Sérologie et immunologie**

- ☐ VDRL - TPHA  
☐ Hépatite B  
☐ Hépatite C  
☐ Facteur Rhumatoid:  
(Latex, Waaler Rose)  
☐ Anticorps anti-nucléaires  
☐ Anticorps Anti-DNA natif  
☐ ASLO  
☐ Dosage du Complément  
C3 - C4 - CH50

**Examen des Urines**

- ☒ Protéine de 24h  
☒ ECBU (+Antibiogramme)  
☐ Microalbuminurie de 24h

Laboratoire Bir Anzerane  
117 Bd. Bir Anzerane  
CASABLANCA



**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BNCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 13-05-2023

**Mme Hafida FAROUK**

FACTURE N°	2305131034
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0110	Cholestérol HDL +LDL	B80	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
	Cholestérol Total	B30	B
	Proteinurie des 24h	B30	B
	Examen cyto bactériologique des urines	B150	B
0134	Triglycérides	B60	B

Total de B : 350

TOTAL DOSSIER	494.00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quatre-vingt-quatorze dirhams

Laboratoire Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA



Prescripteur : Dr ICHRAQ NASSIRI

Dossier ouvert le : 13-05-2023 09:50

Edité le : 16-05-2023

Réf : 2305131034

Mme FAROUK Hafida

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 2

## BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Cholestérol total:	2.13	g/l	(<2.00)	23-04-2020
	5.51	mmol/L	(<5.17)	2.26
Cholestérol HDL:	0.69	g/L	(>0.40)	23-04-2020
	1.78	mmol/L	(>1.03)	0.65
Cholestérol LDL:	1.26	g/L	(<1.60)	23-04-2020
	3.26	mmol/L	(<4.14)	1.32
Triglycérides:	0.91	g/L	(0.40-1.50)	23-04-2020
	1.04	mmol/L	(0.46-1.71)	1.46

## BIOCHIMIE URINAIRE

Sous réserve d'une bonne collecte des urines de 24H

Diurèse de 24h:	3 500	ml	
Proteinurie:	0.07	g/l	
Soit:	0.25	g/24h	(<0.15)

Sous réserve d'une bonne collecte des urines de 24H

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Clair.

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
BIR ANZARANE - Casa  
117, Bd. Bir Anzarane  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901



**BIOCHIMIE PAR BANDELETTE**

pH: 5.5  
Glucose: Absence.  
Proteines: Absence.  
Corps Cétoniques: Absence.  
Sang: Absence.

06-07-2019  
5.5

**EXAMEN MICROSCOPIQUE**

Leucocytes :	<10 / mm3	(0-10)	<10
Hématies :	<5 / mm3	(0-5)	<5
Cellules épithéliales :	Absence		
Cylindres :	Absence		
cristaux:	Absence		

**EXAMEN BACTERIOLOGIQUE**

Examen direct : Absence de germes  
Culture : Négative.

Fin du compte rendu

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
BIR ANZARANE - Casa  
117, Bd. Bir Anzarane -  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dossier Validé par :

Dr A. Azeddoug  
Médecin Biologiste