

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTS ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER

## 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

M22- 0039626

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 815 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BARKOUKI KABBABBA 167322  
 Date de naissance : 01/01/1942  
 Adresse : 86 Rue Ahmed el Najjati ex-De Aher  
 Noor 2ème étage  
 Tél. : 0522237517 Total des frais engagés : 717,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
Tél : 0522 25 83 73 - Gsm : 0661 14 99 86  
E-mail : zol2@live.fr

Date de consultation : 26 MAI 2023  
 Nom et prénom du malade : BARKOUKI Kabboune Age : 76 ans

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

Nature de la maladie : ALD Br resp

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 : Casablanca Le : 05/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26 MAI 2023	✓		202,0004	Dr. ZEMMAMA O. LOUFI 45-Bd. Bir Anzarane Tél.: 0522 25 13 73 - Gsm: 0661 14 99 86 E-mail: zol2@live.fr

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur Date 26/05/23 Montant de la Facture 327,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/05/23	B: 0+10V	190.00NH

## 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														
CCEFFICIENT 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 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																	
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



D/ ama Omar  
L/ DE LA FAC  
DE ME DE DE CASABLA

الدكتور زمامة عمر ل  
خريج كلية الط  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

الدار البيضاء في

M. BARKOUKI KABBOUR

159.40 79.70 22

20/ Zithromax 500

2690 20/ Zithromax 500

PPV: 56,30  
LOT: 22J2  
EXP: 10/202

20/ Zithromax 45

5630 30/ Dcme 2000

27.70 40/ ARB / 2000

26.90 40/ Cardiomagnis 100

50/ Vita C 1000

2 cp mat et mede aut qd 10

327.00

Tel 05 22 25 34  
CASABLANCA  
Pharmacie du Jura  
129, Bis Rue Oussama Ben Zaid

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
Tel.: 0522 25 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86  
E-mail: zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
TEL : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 03 73  
المحمول : 06 61 14 99 86  
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

UT.AV. : 10 2024.

P.P.V.

79 70

LOT N° : 6 P 9 4 7 2

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 06/2025  
LOT 10058 31

20 comprimés effervescents

**Vita C1000®**

PPV 26DH90

EXP 01/2026  
LOT 32044 1

**E 100 mg**

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



0902

UT.AV. : 10 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : 6 P 9 4 7 2





Casablanca, Le 26/5/23

الدار البيضاء في

Non / Prénom BARROUKI KABBOURA Sex : H ☐ F ☐

### Hématologie

- ☐ NFS  
☐ Plaquettes  
☐ VS  
☐ CRP  
☐ Hémoculture

### Bilan Martial

- ☐ Fer Sérique  
☐ CTF  
☐ Ferritine  
☐ Transferrine

### Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombin  
☐ TCK  
☐ Fibrinogène  
☐ Transferrine  
☐ INR

### Gluose

- ☐ Glycémie à jeûne  
☐ Hyperglycémie par VO  
☐ Hémoglobine glyquées

### Lonogramme Sanguin

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

### Bilan Lipidique

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

### Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie  
☐ Bilirubine Libre et conjuguée  
☐ Phosphatase acides  
☐ Phosphatase alcalines  
☐ Lactate déshydrogénase LDH  
☐ Transaminases ASTA, ALAT  
☐ Gamma-GT  
☐ 5Nucléotidase  
☐ CPK (Crétine phosphokinase)  
☐ Troponine  
☐ Electrophorèse des Protéines EPP  
☐ BNP

### Lonogramme Sanguin

- ☐ Ca ++  
☐ Phosphore  
☐ NA +  
☐ K +  
☐ CL +  
☐ Ca ++  
☐ Urée  
☐ Créatinine

### Examen des Urines

- ☐ Protéinurie des 24h  
☐ ECU  
☐ AntibioGramme

### Examen des Selles

- ☐ Parasitologique des selles (3) avec coproculture

### Groupage Sanguin

- ☐ ABO  
☐ Rhésus  
☐ RAI

### Sérologie et immunologie

- ☐ ABO  
☐ Rhésus  
☐ RAI

### Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL -TPHA  
☐ Hépatite B  
☐ Antigène HBS  
☐ Anticorps Anti-Hbs  
☐ Anticorps Anti-Hbc  
☐ Anticorps Anti-Hbe  
☐ Hépatite  
☐ Anticorps Anti-HVC

- ☐ Sérologie Toxoplasmose  
☐ Sérologie Rubéole  
☐ HCG Plasmatique

- ☐ Facteur Rhumatoïde:  
☐ ( Latex, Waaler Rose)  
☐ Anticorps Anti-DNA natif  
☐ ASLO  
☐ Dosage du Complément  
☒ Dépistage COVID PCR  
☐ D-dimères  
☐ Procalcitonines

Autres

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 03 73  
الفاكس : 05 22 25 13 00  
المحمول : 06 61 14 99 86  
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
Tél: 0522 25 03 73 - GSM: 0661 14 99 86  
E-mail: zol2@live.fr



**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 : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 26-05-2023

**Mme Kabboura BARKOUKI**

FACTURE N°	2305261036
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	TEST ANTIGÈNIQUE SARS CoV-2 (COVID 19)	E190	E

Total de B : 0

TOTAL DOSSIER	190.00 DH
---------------	-----------

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

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MÉDICALE  
117, Bd Bir Anzarane Casablanca  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196





Prescripteur : Dr SANAA AL ABADANE

Dossier ouvert le : 26-05-2023 10:02

Edité le : 26-05-2023

Réf : 2305261036

Mme BARKOUKI Kabboura

Page 1 / 1

Compte Rendu d'Analyse

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

## DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE COVID 19

### TEST ANTIGÈNIQUE du SARS CoV-2 (COVID-19)

BIORAD Coronavirus Ag Rapid Test

Motif:

Nature du prélèvement:

CIN:

Date de naissance

#### SYMPTOMES

Nasopharyngé

B392193

01-01-1947

Résultat: **Positif.**

« La contagiosité d'un patient doit être évaluée à partir des informations cliniques, de son historique, et des données para cliniques ».

Fin du compte rendu



LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MÉDICALE  
BIR ANZARANE  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001116

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

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

Dossier Validé