

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° W21-710712

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0397

Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBAGH

Date de naissance : 03-04-60

Adresse :

Tél. : 066137692

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-02-2024

Nom et prénom du malade : HIEJ ADALOUSSI ACHA

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 : 03 / 03 / 24

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
15-02-2024		1	350,00	INP : 08 11 45 86 69

Dr. AZIZ CHABBI
Neurochirurgien
Bd Robert Et Meskini - Casablanca
Tél : 05 22 54 02 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Moulnakhla PHARMA	10/02/2024	1138,40

Tél : 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES	15-02-2024	8,240	1284,58
	10/02/2024		41,58 €

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LES MEDICINES
LBIM DUTASAY
129 rue de la République
92800 PUTEAUX
Tél : 01 47 76 33 53 - Fax : 01 89 54 63 83

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez 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	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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<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																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-Vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, Le 1502 2024 في الدار البيضاء.

N° 4767 ANDALUSIA
Hive

- NFS

- VS

- CRP

- Cortisol 8h

- Serotonine/mg

- calcémie

25 OH VIT D

CHAFIQ
NEUROCHIRURGIEN
Casablanca
Tél: 05 22 54 02 60

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central

et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-Vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ

والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, Le في 16/02/2024 الدار البيضاء

280,00 x 2

1/ Fleximax

1 x 2

94,00 x 4

2/ Myloflex

1 x 2

50,60 x 4

3/ Pinc B

1 x 2

4/ Lynx

5/ Pinc



GTAN: 06118001260850
LO: 4148
MF: 04 2023
EXP.: 04-2026
PPV: 94dhs00

MF: 04 2023
EXP.: 04 2026
PPV: 94dhs00

MF: 04 2023
EXP.: 04 2026
PPV: 94dhs00

MF: 04 2023
EXP.: 04 2026
PPV: 94dhs00

pharmacie
laplaza
AZIZ CHAFIQ
Neurochirurgien
Tél: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

T=1138,40

51, شارع رحال المسكن رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskenit - Résidence ESSAFI N°2 19 - CASABLANCA

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 ، الهاتف

PPV
LOT
PER
50,60

LOT: 2311017
FAS: 11/2023
EXP: 11/2026
PUC: 280.000H
FAS: 11/2023
EXP: 11/2026
PUC: 280.000H

PPV
PER
LOT
PER
50,60
50,60

50.60 OH
LOT L1177 PER 10/26

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES VILLE VERTE

Projet One Hill RDC du Bloc Les Orchidées B Bouskoura Casablanca MAROC

Tel: 06 61 728 463 - 05 22 780 102 - 08 08 601 462

IF 52334548 ICE 00313447000069

FACTURE N° : 20240215020

ORGANISME:

Mme Aicha HJIEJ ANDALOUSSI

Date: 15-02-2024



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E	25.00 MAD
0104	Calcium	B30	B	40.20 MAD
0153	Cortisol	B250	B	335.00 MAD
0370	CRP (Protéine C réactive)	B100	B	134.00 MAD
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
0439	Vitamine D	B450	B	603.00 MAD
0223	Vitesse de sédimentation	B30	B	40.20 MAD
			Total	1284.60 MAD

Total des B: 940

Montant total de la facture: 1284.6 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **mille deux cent quatre-vingt-quatre dirhams soixante centimes.**

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, B RDC
IMM 6 BIS, 20200 - CASABLANCA
Tél: 08 08 60 14 62

Dossier : 20841 **52173-19.02.24**

Enregistré le 19 Février 2024, à 21h19

Edité le 22 Février 2024, à 13h40

Transmis par : LBM PUTEAUX MAIRIE

Références : **G2402190096**

048696186 - 2084152173

T/ **STD440C/000**

Madame **HJIEJ ANDALOUSSI AICHA**
4 RUE FUSILLES DES RES
92800 PUTEAUX

Exemplaire destiné à la patiente

Résultat d'analyse : **Madame HJIEJ ANDALOUSSI, AICHA, née HJIEJ ANDALOUSSI**

4 RUE FUSILLES DES RES 92800 PUTEAUX

Née le 6 Décembre 1963, âgée de 60 ans

Prélèvement du **19 Février 2024 à 09h42**



ACCREDITATION
N° 8-1100

Liste des sites accrédités
et portée disponibles sur
www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés par le symbole # sont couverts par l'accréditation.

HORMONOLOGIE
Hormonologie Sanguine

■ **Sérotonine - Sang total #**

Kit réactif Chromsystems - Chaîne UPLC Waters

	Sang total		
● Prélèvement	176	µg/L	<350
● Résultat	1,00	µmol/L	<1,98

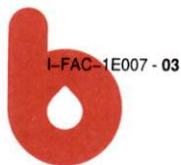
** Attention changement de valeur de référence et de technique à partir du 01/04/2021.

Réalisé par : Biomnis LYON - Validé par : Dr Gilles PANTEIX

Dossier complet

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai légal de conservation ou, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical, utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité.





I-FAC-1E007 - 03

BIOGROUP
biologie médicale

1 / 1

Laboratoire PUTEAUX – MAIRIE

BPO-BIOEPINE Autorisation 92 002 673 9

SIRET 40309320600080

129 Rue de la République 92800 PUTEAUX

Téléphone : 01.47.76.33.53 - Fax : 01.89.54.63.83

labo.puteauxmairie@biogroup.fr

Vos biologistes : E. BELMILOUDI, P. BRETEAU, C. DUBAR, A.-S. LE BOURHIS, F. ROLAND, J.-F. ROUBACHE, J. SAMAK, E. SOULIE**MME HJIEJ ANDALOUSSI AICHA**

4 RUE DES FUSILLES DES RESIDENCE

92800 PUTEAUX

PUTEAUX, le 27-02-2024

Référence du dossier : G2402190096

QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement des honoraires encaissés.

Dossier N° G2402190096

Date de l'examen : 19-02-2024

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 06-12-1963

Total du dossier		41.58 Euros
Actes remboursés au laboratoire	Par l'assurance maladie	0.00 Euros
	Par la mutuelle	0.00 Euros
Actes non remboursables, hors nomenclature et frais		0.00 Euros
Montant réglé par le patient		41.58 Euros



Dr. Hind Lazrak

Biologiste

Université de Grenade / CHU Ibn Rochd

Mme HJIEJ ANDALOUSSI Aicha

Date de naissance: 06-12-1963

Dossier N°: 20240215020



DR AZIZ CHAFIQ

Date de l'examen: 15-02-2024

HEMATOLOGIE

SYSMEX XN-530

Numération Formule Sanguine (NFS)

(Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge et du sexe)

Globules Rouges (Erythrocytes)

Hémoglobine

Hématocrite

VGM (Volume globulaire moyen)

TCMH

CCMH

4.55 M/ μ L (4.00-5.20)

14.3 g/dL (12.0-15.5)

42.2 % (37.0-47.0)

92.7 fL (80.0-97.0)

31.4 pg (27.0-32.0)

33.9 g/dL (32.0-36.0)

Globules Blancs (Leucocytes)

6 730 /mm³ (4 000-10 000)

Polynucléaires Neutrophiles

55.4%

Soit

3 728/mm³

(1 500-7 000)

Polynucléaires Eosinophiles

0.7%

Soit

47/mm³

(80-400)

Polynucléaires Basophiles

0.6%

Soit

40/mm³

(0-100)

Lymphocytes

36.6%

Soit

2 463/mm³

(1 500-4 000)

Monocytes

6.7%

Soit

451/mm³

(200-1 000)

Plaquettes

150 000 /mm³

(150 000-450 000)

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, 8 RDC
IMM 6 BIS, 20200 - CASABLANCA
Tél : 08 08 60 14 62

PRÉLÈVEMENT À DOMICILE SUR RDV : 0661 727 463

1/4



Dr. Hind Lazrak

Biologiste

Université de Grenade / CHU Ibn Rochd

Mme HJIEJ ANDALOUSSI Aicha

Date de naissance: 06-12-1963

Dossier N°: 20240215020



DR AZIZ CHAFIQ

Date de l'examen: 15-02-2024

BIOCHIMIE SANGUINE – PROTEINES SPECIFIQUES

COBAS C311 (ROCHE) – EASY READER (VEDA.LAB) – F200 (SD BIOSENSOR)

Protéine C-réactive (CRP)

(Technique Immunoturbidimétrique)

0.5 mg/L

(<5.0)

BILAN CORTICO-SURRENAL

Cobas E411 (ROCHE) – COBAS C311 (ROCHE) – AIA 360 (TOSOH)

Heure du prélèvement: 09:00

Cortisol du matin (7 à 10h)

569.30 nmol/L

(133.00–537.00)

20.64 µg/dl

(4.82–19.47)

LABORATOIRE VILLE VERTE

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, B.RDC
IMM 6 BIS, 20200 - CASABLANCA
Tél : 08 08 60 14 62

PRÉLÈVEMENT À DOMICILE SUR RDV : 0661 727 463

3/4



Dr. Hind Lazrak

Biologiste

Université de Grenade / CHU Ibn Rochd

Mme HJIEJ ANDALOUSSI Aicha

Date de naissance: 06-12-1963

Dossier N°: 20240215020



DR AZIZ CHAFIQ

Date de l'examen: 15-02-2024

DOSAGE DES VITAMINES

Cobas E411(ROCHE)

25-OH-Vitamine D (D2+D3) -

31.24 ng/ml

(30.00-100.00)

Conclusion: Taux de Vitamine D normal.

Les aliments les plus riches en Vitamine D :

Aliment	Vit D pour 100g	Aliment	Vit D pour 100g
Huile de foie de morue	10 000 - 30 000 UI	Huitres (3 à 4 moyenne)	240 UI
Huile de foie de morue officinale	8500 UI	Jaune d'œuf	400 UI
Saumon cuit	360 UI	Foie de bœuf cuit	30 UI
Hareng mariné	350 UI	Beurre	60 UI
Maquereau cuit	350 UI	Fromage type emmental	40 UI
Sardine conservée dans l'huile	300 UI	Lait	4 UI

LABORATOIRE VILLE VERTE

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, B RDC
IMM 6 BIS, 20200 - CASABLANCA
Tél : 08 08 60 14 62

PRÉLÈVEMENT À DOMICILE SUR RDV : 0661 727 463

4/4

