

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

### N° P19-0043053

☐ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00549 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NAHLA TIED

Date de naissance : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043053

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 549	Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom <b>NAHRO MED</b>			Signature de l'adhérent														
Fonction : <b>Retraité</b>	Phones : <b>0633200680</b>																
Mail : <b>b.19.nahro@gmail.com</b>																	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>NAHAD</b>																
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <b>23/07/19</b>															
Nature de la maladie		Date 1ère visite															
<b>Cardiopathie ischémique</b>																	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
<b>Stc</b>	<b>1</b>	<b>950,-</b>															
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>24.07.19</b>																
Montant de la facture																	
<b>47,90 + 558,80</b>																	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : <b>23/07/19</b>															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																
<b>18 250</b>	<b>360,00 DH</b>																
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date :															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV							
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														

CACHET



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس

**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

**Coro-Scanner / 128 barrettes**

6 24107119

الدكتور محمد علاوي

**Dr. Mohamed ALLAOUI**

**CARDIOLOGUE**

DES de Cardiologie

et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

ANALYSE Med.

162,6

Debit 5 1/2 water

22,40

ANALYSE Med.

57,8

ANALYSE Med.

216,0

ANALYSE Med.

ANALYSE Med.

558,80

ANALYSE Med.

Dr. Mohamed ALLAOUI  
Cardiologue  
20, Rue de France Ville, Oasis  
Casablanca - Tél: 05 22 98 07 06

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V: 316,00 DH  
6 116001 081257

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg, cp b 30  
P.P.V: 47,80 DH  
6 116001 080335



SN  
EXP  
AB/MFC  
OT/BATCH  
8056900167850

PPV (DH):

LOT N°:

UT. / V.:

2202/50 : AV 10  
UT AV : 05/2022  
LOT : 190825

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - فرانس فيل  
Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 -  
N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

033919 04/24  
PPV 37DH00

## FACTURE : 22943

Casablanca, le 23/07/2019

**CN 32606**

Nom et Prénom : **Monsieur NAHRO Mohamed**  
Référence : **230719 061**

### BILAN :

TROPONINE B 250

Prélèvements : 1 25,00 Dh

**MONTANT NET : 360,00 Dhs** (Soit 250 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**Trois cent soixante Dirhams et zéro centime**

**Dr M.FAVARD**

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE  
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI  
R. Pasteur 21, Place Pasteur - Casablanca  
Tél : 05 22 49 26 74 / 98  
Fax : 05 22 49 26 71



Edition du : 23-07-2019 à 17:10

Dossier n° : **1907233161**

Résultats de : Mr Mohamed NAHRO

Né(e) le :

Dossier prélevé le: 23/07/2019 à (heure non communiquée) par  
CLINIQUES

Dossier enregistré le : 23/07/2019 à 16:18

**DR ALLAOUI Clinique du Coeur Casa-Oasis**  
**Monsieur Le Dr MOHAMMED ALLAOUI**  
**(Cardio)****DR ALLAOUI Clinique du Coeur**  
**Casa-Oasis**  
**QUARTIER OASIS**  
**20000 CASABLANCA****VEUILLEZ PRENDRE EN CONSIDERATION LES RESULTATS CI JOINTS**

Organismes	Non renseigné
Num du dossier Médical:	Non renseigné
Numéro de l'ordonnance:	Non renseigné

**HEMOSTASE****Taux de Prothrombine(plasma Citraté)**

<i>Temps de Quick Témoin:</i>	11,0 sec.	
<b>Temps de Quick Patient(TPs):</b>	51,9 sec.	
<b>Taux de Prothrombine(TP%):</b>	<15 %	(70-100)
<b>INR :</b>	>5,00	
(Réfraction optique )		

**En cas de traitement par AVK (Sintron, Marcoumar, x), les INR cibles selon la pathologie sont :**

Le TVP et Embolie pulmonaire	: 2 -5
Syndrome Antiphospholipide	: 3 -5
Valves Cardiaques :	: 3 -5
Thrombophilie congénitale symptomatique	: 2 -5

**Commentaire:** En cas de surdosage, se référer à la synthèse de l'HAS publiée en avril 2008**D-Dimères** 284 ng/ml (<500)  
(TEST IMMUNOTURBIDIMETRIQUE)Compte-rendu annule et remplace le rapport du 23/07/2019 validé techniquement par : *HAI*

Validation biologique par :

**Le Dr M. JENANE****Le Dr M. BEZZARI**

Nous vous remercions pour la confiance que vous portez à notre laboratoire.

LABORATOIRE CASALAB PALMIER  
50, Rue El Mourtada Quartier  
Palmier 20340 - Casablanca  
Tél: 0522 23 67 17 - Fax: 0522 23 67 29

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille  
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE  
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 23/07/019 à 13h19

par le Laboratoire

Reçu le 23/07/19 à 13h19

Date de Naissance : 23/05/1936

Edité le: 23/07/19 14h21

Résultats complets

**Monsieur NAHRO Mohamed**

CN 32606 RF: 230719061

Dr. Allaoui mohamed

CASABLANCA, le 23/07/2019

### MARQUEURS CARDIAQUES

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TROPONINE T hs** : **393.1** ng/l ( < 14 ng/l )  
(Technique Electrochimiluminescence sur COBAS ROCHE)

#### ALGORITHME 0/1 H POUR LE TEST TROPONINE T HAUTEMENT SENSIBLE ( TnT Hs ) Roche

- A T:0h . 1er dosage de TnT Hs < 5 ng/l et douleur thoracique apparue plus de 3 h avant: Exclusion possible de syndrome coronarien aigu.
  - . 1er dosage de TnT Hs > 52 ng/l : forte probabilité de syndrome coronarien aigu.
- A T 1h . Si TnT initiale est inférieure à 12 ng/l et que l'évolution de TnT au bout d'une heure ne dépasse pas 3 ng/l : Exclusion possible de syndrome coronarien aigu.
  - . Lorsque la concentration de TnT augmente de 5 ng/l ou plus , Forte probabilité de syndrome coronarien
- Les cas suspects restants nécessitent une observation plus longue ( par exemple TnT après 3 h ) et ou d'autres méthodes de diagnostic.

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE  
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI  
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Casa  
Tél : 05 22 49 26 74 / 98  
Fax : 05 22 49 26 71

Biologiste adjoint

Biologiste Dr Mireille FAVARD

1 / 1

## Coagulation

Valeurs de référence

Antériorités

## ✓ Taux de Prothrombine

TQ. témoin .....	12,0 sec		12,0
TQ. patient .....	44,1 sec		25,4
Taux de prothrombine .....	18 %	(70% à 100%)	34
I.N.R. ....	5,66		2,72

## ZONES THERAPEUTIQUES PRECONISEES POUR L'INR :

— Prophylaxie des thromboses veineuses	INR	2 à 3
— Phlébites – Prévention des TV récidivantes	INR	2,5 à 4
— Prophylaxie de la thrombose artérielle et valves cardiaques	INR	3 à 4,5

## ✓ Recherche de D. Dimères ..... 661 ng/mL

	Valeur Normale	
< 500 ng/mL	Négatif	
≥ 500 ng/mL	Positif	

## Biochimie

Valeurs de référence

Antériorités  
02/06/17

Créatinine sérique .....	89,50 µmol/L	63.6 à 110.5	non comparable
Spectrophotométrie (Architect ci4100)	10,12 mg/L	7 à 12.49	non comparable

## Ionogramme

Sodium .....	142 mmol/L	136 à 145	26/04/16 142
Potassium .....	3,8 mmol/L	3,5 à 5,1	26/04/16 3,8
Chlore .....	107 mmol/L	97 à 111	
Réserve alcaline .....	27 mmol/L	23 à 31	
Protides totaux .....	68 g/L	63.0 à 82,0	

Validé le 24/07/19

Dr. Abdouh BELLIL  
Médecin Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél : 3527 40 71 / 72



DR MOHAMED ALLAOUI

**Monsieur NAHRO MOHAMED**

Demande n° **23/07/19-1-0073**

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 23/07/19 13H42

Date et heure de prélèvement : 23/07/19 13H40

Date de naissance : 23/05/1936

Hors tiers payant -

Demande n° **23/07/19-1-0073 -RAM-**

Edité le : mercredi 24 juillet 2019

## Hématologie

### ✓ Hémogramme

		Valeurs de référence	Antériorités
Hématies .....	5 010 000 /mm <sup>3</sup>	4 500 000 à 6 000 000	02/06/17 4 800 000
Hémoglobine .....	14,8 g/100mL	13,0 à 17,0	14,7
Hématocrite .....	47,1 %	40,0 à 54,0	45,0
V.G.M. ....	94 µ <sup>3</sup>	80 à 95	94
T.C.M.H. ....	29,5 picog	27,0 à 33,0	30,6
C.C.M.H. ....	31 %	32,0 à 36,0	33
Leucocytes .....	6 800 /mm <sup>3</sup>	4 000 à 10 000	7 570
Polynucléaires neutrophiles .....72,1 %	4 903 /mm <sup>3</sup>	2000 à 7500	5 140
Polynucléaires éosinophiles .....0,9 %	61 /mm <sup>3</sup>	40 à 800	151
Polynucléaires basophiles .....0,2 %	14 /mm <sup>3</sup>	Inf. à 100	15
Lymphocytes .....18,4 %	1 251 /mm <sup>3</sup>	1000 à 4000	1 703
Monocytes .....8,4 %	571 /mm <sup>3</sup>	20 à 1000	560
Plaquettes .....	152 000 /mm <sup>3</sup>	150 000 à 450 000	02/06/17 223 000
V.P.M. ....	12,4 µ <sup>3</sup>	Inf. à 10,0	11,3

Validé le 24/07/19

Dr. Abdouh Bellik  
Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 471 / 72



ID:  
D-naiss  
ans,

NARRO

RKJ

TAS 14/09

23-Jul-2019 10:54:03

Fréq. Card. 70 BPM  
Int PR: \* ms  
Dur. QRS 158 ms  
QT/QTc 394/414 ms  
Axes P-R-T \* -62 31

Clinique Cardiologique  
20, Rue de France Ville - Oasis CASI  
Tél: 03 22 98 07 06 - Fax: 03 22 98 03 25

