

## 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 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
- 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

**49050** N° W19-491980

Suite dossier W19 - 494330

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

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

Nom & Prénom : **ESSAÏHI JAMAL**

Date de naissance : **27/02/1963**

Adresse : **LOT OCEAN DANABARZA**

Tél. : **06 61 180079** 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° W19-491980

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 : .....



seule dossier 4519-491330

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 | Alé 4505   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire d'Analyses Médicales<br>122 Bd. d'Anfa Quartier Razine<br>Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/55 | 30/10/2016 | B700                         | 1000,00 DH             |
|  |            |                              |                        |
|  |            |                              |                        |
|  |            |                              |                        |
|  |            |                              |                        |
|  |            |                              |                        |
|  |            |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOILET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |             | H  |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                          |   | H                |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 25533412                   | 21433552  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 00000000                   | 00000000  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| D                          |   | G                |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 00000000                   | 00000000  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 35533411                   | 11433553  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| B                          |   |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | 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

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

*Spécialiste en Médecine Interne*

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



**الدكتورة مجيدة الزهراوي**

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعفننية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السممة

Casablanca, le

30/10/2020

البيضاء في

Lidiama Pharmam.

- ☒ NFS PLAQUETTE
- ☒ FERRITININÉMIE
- ☒ TROPONINÉMIE
- ☒ D DIMÈRE
- ☒ PROCALCITONINÉMIE
- ☒ ASAT. ALAT. CPK. LDH
- ☒ GLYCÉMIE À JEUN
- ☒ CRÉATININÉMIE
- ☒ CRP

**Pr. Majida ZAHRAOUI**  
Médecine Interne - Hépatologie  
Pathologie Infectieuse - Médecine Tropicale  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
86, Boulevard Moulay Idriss 1er - Cas.  
Tel : 0522 86 14 08 / 09

**LABORATOIRE G Lab**  
Docteur FILAL Mounir  
93, Boulevard Anoual  
INPE: 93061491 - TP: 36336941



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (sur prélèvement sanguin veineux)

**Hématies :**

(ABX Pentra XL 80 HORIBA Medical)

|               |           |                  |                       |
|---------------|-----------|------------------|-----------------------|
|               | 4.760     | T/l              | (4.100-5.400)         |
|               | 4 760 000 | /mm <sup>3</sup> | (4 100 000-5 400 000) |
| Hémoglobine : | 14.3      | g/100 ml         | (11.5-15.8)           |
| Hématocrite : | 43.7      | %                | (37.0-47.0)           |
| VGM :         | 92.0      | μ3               | (76.0-97.0)           |
| TCMH :        | 30.0      | pg               | (>27.0)               |
| CCMH :        | 32.7      | g/100 ml         | (31.0-36.5)           |
| RDW :         | 12.4      | %                | (0.0-18.5)            |

**Leucocytes :**

|                      |         |                  |                    |
|----------------------|---------|------------------|--------------------|
|                      | 9 600.0 | /mm <sup>3</sup> | (4 000.0-10 500.0) |
| Poly. Neutrophiles : | 68.6    | %                |                    |
| Soit:                | 6 586   | /mm <sup>3</sup> | (1 800-7 300)      |
| Poly. Eosinophiles : | 0.8     | %                |                    |
| Soit:                | 77      | /mm <sup>3</sup> | (30-580)           |
| Poly. Basophiles :   | 0.7     | %                |                    |
| Soit:                | 67      | /mm <sup>3</sup> | (0-230)            |
| Lymphocytes :        | 21.9    | %                |                    |
| Soit:                | 2 102   | /mm <sup>3</sup> | (1 100-3 340)      |
| Monocytes :          | 8.0     | %                | (<10.0)            |
| Soit:                | 768     | /mm <sup>3</sup> | (300-1 010)        |
| CTRL 100%            | 100     | %                | (>100)             |
| <b>Plaquettes</b>    | 290 000 | /mm <sup>3</sup> | (150 000-500 000)  |

## COAGULATION

**D-Dimères**

(Vidas, Biomerieux)

|        |       |           |
|--------|-------|-----------|
| 280.53 | ng/ml | (<500.00) |
|--------|-------|-----------|

## BIOCHIMIE SANGUINE

**Glycémie à jeun**

(Colorimétrie, INDIKO Plus)

Résultat contrôlé.

|      |        |             |
|------|--------|-------------|
| 1.18 | g/l    | (0.70-1.10) |
| 6.55 | mmol/l | (3.89-6.11) |

**Ferritine**

(Chimiluminescence, Access II Beckman)

|      |       |              |
|------|-------|--------------|
| 27.6 | ng/ml | (11.0-307.0) |
|------|-------|--------------|

**CRP**

(Spectrophotométrie, INDIKO Plus)

|     |      |         |
|-----|------|---------|
| 2.0 | mg/l | (<10.0) |
|-----|------|---------|

Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir FILALI

**FACTURE N° : 2010312045**

Casablanca le 31-10-2020

**Mme Lidiana DARMAN**

Demande N° 2010312045

Date de l'examen : 31-10-2020

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse                 | Val  | Clefs |
|------|-------------------------|------|-------|
| PSA  | Prélèvement sang adulte | E25  | E     |
| NUIT | garde                   | E1   | E     |
| 0118 | Glycémie                | B30  | B     |
| 0154 | Ferritine               | B250 | B     |
| 0216 | Numération formule      | B80  | B     |
| 0235 | D-DIMERES               | B200 | B     |
| 0370 | CRP                     | B100 | B     |

Total des B : 660

TOTAL DOSSIER : 1365 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent soixante-cinq dirhams

**LABORATOIRE GLab**  
Docteur FILALI Mounir  
93, Boulevard Anoual  
INPE: 93061091 - TP: 36336941

• Pr. Majida ZAHRAOUI

*Spécialiste en Médecine Interne*

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعفننية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السمنة

de 4505

Casablanca, le

31/10/2020

البيضاء في

Li diama farman.

**PRIÈRE DE FAIRE UN ECG**

Pr. Majida ZAHRAOUI  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
Médecine Tropicale  
Mal. lie Sexuellement Transmissible  
86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA  
Tél : 0522 86 14 08 / 09



**INTERNATIONAL  
clinic**

Adresse : 102, 103 Boulevard Anoual  
Casablanca - Maroc -

Tél : +212 522641400

Fax : +212 522860897

Email : [info@cliniqueinternationale.com](mailto:info@cliniqueinternationale.com)  
[contact@internationalclinic.ma](mailto:contact@internationalclinic.ma)

Dossier N° ..... *Ext* .....

*N°* 17496

## Bon de règlement

Nom : ..... *DARMAN* .....

Prénom : ..... *LINDIANH* .....

La somme de : ..... *300 dh* .....

Motif : ..... *E.C.G.* .....

Le : .....

**Signature**

Pr. Majida ZAHRAOUI

Spécialiste en Médecine Interne

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعفنفة - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السمفة

Casablanca, le ..... البيضاء في

30/10/2020

**Mme DARMAN Lidiana**

RT PCR COVID 19

+

SEROLOGIE

Pr. Majida ZAHRAOUI  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
Médecine Tropicale  
Maladie Sexuellement Transmissible  
86 Boulevard Moulay Driss 1er - CASA  
Tél: 0522 86 14 08 / 09



# 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 vendredi 30 octobre 2022 Mme DARMAN LIDIANA

|            |       |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 13444 |
|------------|-------|

Analyses :

Sérologie du SARS CoV -2 -----

B

210

PCR du SARS CoV - 2 -----

B

490

Total : B 700

|               |             |
|---------------|-------------|
| TOTAL DOSSIER | 1 000,00 DH |
|---------------|-------------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Dirhams

LABIOMED  
Casablanca  
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 DARMAN LIDIANA**

Dossier N° : CV205912470

Dossier ouvert le : 30/10/20 Prélèvement reçu à 13:53 - Edité le : 02/11/20

Page N° 1/1

## VIROLOGIE

Dépistage des Ac anti-SARS CoV-2 : Négatif

(Automate Cobas C6000)

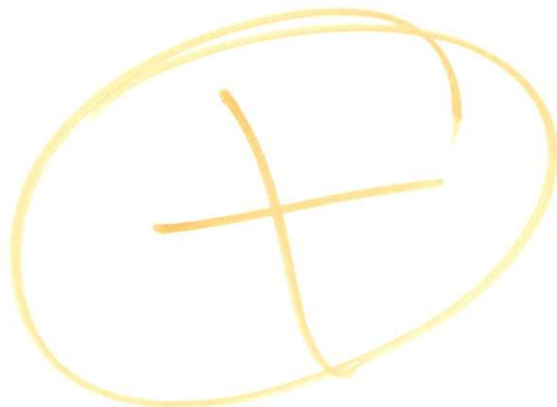
*Résultat Positif : Présence d'IgG et absence d'IgM*

*Résultat Négatif : Absence d'IgG et absence d'IgM*

RT-PCR du Génome SARS-CoV 2 (COVID 19) : présence d'ARN Viral du SARS CoV 2

(Réactif FTD - SIEMENS)

Amplification des séquences du gène **ORF1ab** codant la polyprotéine pp1ab  
et du gène **N** codant la protéine de Nucléocapside



مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 0522.48.13.51

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER



LIDIANA. DARMAN.

31-Oct-2020 13:45:34

H.E.H. INTERNNATIONAL CLINIC

FC 77  
PR 155  
QRSD 89  
QT 354  
QTc 401

--Axe--  
P 65  
QRS 47  
T 37

