

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0050647

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2438 Société : AL48343

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Menzouk Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066060021 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 :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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.



Déclaration de Maladie

N° W19-511829

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2438 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nejouk Mustapha

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Dar Romane Bloc E I 77126 N°3 H. 2

Tél. : 06-60-06-00-21 Total des frais engagés : 926,40 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2023

Nom et prénom du malade : Nejouk Mustapha

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

Nature de la maladie : Fonction recto-sigmoïdienne

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 : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-511829

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 : 2438

Nom de l'adhérent(e) : Nejouk Mustapha

Total des frais engagés : 926,40 €

Date de dépôt : 02/02/2023

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

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
02-02-23		09	300	

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
	03/02/2023	B46248	626,402H

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IXP : <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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>01433550 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	01433550 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	01433550 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	G															
	(Création, remont, adjonction) 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



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

02/02/2023

Facture N°: FC2302000892

Mr. MERZOUK MUSTAPHA

Acte : Consultation

Prix : 300 Dhs

Signature

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

02/02/2023

Mr. MERZOUK MUSTAPHA

Analyses :

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES

Créatinine

ACE

LABO GAMMA
Analyses
Dr. T. B...
184 Av. ...
Tél.: 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 16 94

Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma



Dr T BENCHEKROUN A

مختبر التحليلات الطبية **كام**

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GAMMA

Laboratoire Général Analyses Médicales Médico-légales Alimentaires

Biologie moléculaire - Centre de Fertilité - Marqueurs Tumoraux - Hormonologie
Toxicologie - Immunologie - Hématologie - Oncologie

Casablanca le vendredi 3 février 2023 Monsieur MARZOUK MUSTAPHA

FACTURE N°	471362
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine + PLQ -----	B	80	
Créatinine -----	B	30	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	
A C E -----	B	250	Total : B 460

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	626,40 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cent Vingt Six Dirhams et Quarante Centimes

LABO GAMMA
Analyses Médicales
Dr. T. BENCHEKROUN A. Biologiste
184 Av. "C" Hay Mohammadi - Casa
- tél : 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 15 94

DIPLOME DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE LIEGE . BELGIQUE . ANCIEN ASSISTANT EN TOXICOLOGIE A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BAVIERE
C E S BIOCHIMIE - IMMUNO - TRANSFUSION - MICROBIOLOGIE - MARQUEURS TUMORAUX
ANCIEN RESPONSABLE DU SERVICE D'EPIDEMIOLOGIE A L'INSTITUT PASTEUR MAROC

BIOLOGIE DE REPRODUCTION : FIV - ICSI

186, Avenue 'c' - 1er étage - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 15 94

INPE : 093000610 - Patente : 32833616 - I.F: 46901880 - ICE : 001592244000006

E-mail : labogamma2010@gmail.com - Autorisation 11597



مختبر التحليلات الطبية كام

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GAMMA

Laboratoire Général Analyses Médicales Médico-légales Alimentaires

Dr T BENCHEKROUN A

Biologie moléculaire - Centre de Fertilité - Marqueurs Tumoraux - Hormonologie
Toxicologie - Immunologie - Hématologie - Oncologie

Casablanca le : 03/02/23

Monsieur MARZOUK MUSTAPHA

DDN : ,

Code patient : 189923 - Référence : 23B224

Dr, NAOUFAL MAMOU

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Automate : CELL-DYN 3500R

Résultats

Normales

(Homme Adulte)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----	4,00	M/mm ³	4 - 5,5
Hémoglobine -----	12,00	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite -----	36,20	%	36 - 54
- V.G.M. -----	90,50	μ ³	80 - 100
- T.C.M.H. -----	30,00	pg	27 - 34
- C.C.M.H. -----	33,10	g/100 ml	32 - 36

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes ----- : 5 850,00 /mm³ 4000 - 10000

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----	66,10	%	
Soit :	3 867	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----	6,40	%	
Soit :	374	/mm ³	20 - 500
Polynucléaires Basophiles -----	0,40	%	
Soit :	23	/mm ³	< 100
Lymphocytes -----	20,00	%	
Soit :	1 170	/mm ³	1000 - 4000
Monocytes -----	7,10	%	
Soit :	415	/mm ³	200 - 1000

PLAQUETTES

Résultat ----- : 253 000 /mm³ 150000 - 450000

* (résultat contrôlé)

DIPLOME DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE LIEGE . BELGIQUE . ANCIEN ASSISTANT EN TOXICOLOGIE A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BAVIERE
C E S BIOCHIMIE - IMMUNO - TRANSFUSION - MICROBIOLOGIE - MARQUEURS TUMORAUX
ANCIEN RESPONSABLE DU SERVICE D'EPIDEMIOLOGIE A L'INSTITUT PASTEUR MAROC

BIOLOGIE DE REPRODUCTION : FIV - ICSI

186, Avenue 'c' - 1er étage - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 15 94

INPE : 093000610 - Patente : 32833616 - I.F: 46901880 - ICE : 001592244000006

E-mail : labogamma2010@gmail.com - Autorisation 11597

LABO GAMMA
Analyses Médicales
Dr. T. BENCHEKROUN A
184 Av. "C" Hay Mohammadi - Casa
Tél.: 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 15 94



Dr T BENCHEKROUN A

Casablanca le : 03/02/23

مختبر التحليلات الطبية **كاما**

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES **GAMMA**

Laboratoire Général Analyses Médicales Médico-légales Alimentaires

Biologie moléculaire - Centre de Fertilité - Marqueurs Tumoraux - Hormonologie
Toxicologie - Immunologie - Hématologie - Oncologie

Monsieur MARZOUK MUSTAPHA

DDN : ,

Code patient : 189923 - Référence : 23B224

Dr, NAOUFAL MAMOU

Page : 2/2

EXAMENS BIOCHIMIQUES DU SANG ARCHITECT Abbott ci 4100

	Résultats		Normales
Créatinine -----:	8,40 mg/l 74,26 μ mol/l		6 - 12,5 53,04 - 110,5
Transaminases - SGOT / ASAT -----:	25,00 UI/l		5 - 37
Transaminases - SGPT / ALAT -----:	16,00 UI/l ,		< 55

MARQUEURS TUMORAUX ARCHITECT (CMIA)

A C E -----:	2 ,02 ng/ml	< 5
--------------	-------------	-----

NB:changement de technique

* (résultat contrôlé)

DIPLOME DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE LIEGE . BELGIQUE . ANCIEN ASSISTANT EN TOXICOLOGIE A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BAVIERE
C E S BIOCHIMIE - IMMUNO - TRANSFUSION - MICROBIOLOGIE - MARQUEURS TUMORAUX
ANCIEN RESPONSABLE DU SERVICE D'EPIDEMIOLOGIE A L'INSTITUT PASTEUR MAROC

BIOLOGIE DE REPRODUCTION : FIV - ICSI

186, Avenue 'c' - 1er étage - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 15 94

INPE : 093000610 - Patente : 32833616 - I.F: 46901880 - ICE : 001592244000006

E-mail : labogamma2010@gmail.com - Autorisation 11597

LABO GAMMA
Analyses Médicales
Dr. T. BENCHEKROUN A. Biologiste
184 Av. "C" Hay Mohammadi - Casa
Tél.: 05 22 61 85 39 - Fax : 05 22 62 15 94