

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0056408

160908

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3018

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MR BAATARI ELHOSSINE

Date de naissance : 07-04-1958

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0667676360

Total des frais engagés : 390,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2023

Nom et prénom du malade : Baatari El Hossine

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Tumeur Mammaire

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

## 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
14.02.23	6		300,00	

# 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
	14/02/23	B-80	90,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Dr. Hamza JABIR**  
Oncologue Radiothérapeute

Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Médecin de l'institut Gustave-Roussy à Paris  
Diplôme de radiothérapie des cancers  
ORL université Paris sud



Radiothérapie  
Curiethérapie  
Chimiothérapie  
Soins Palliatifs

**الدكتور حمزة جابر**  
أخصائي في تشخيص و علاج الأورام

خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيب سابق بمعهد كوستاف روسي  
دبلوم العلاج بالأنسجة لسرطان الأذن  
و الأنف و الحنجرة . كلية باريس

Casablanca, le : 14/02/2023

M. Bakari El Hassine

NFS, Pg

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. AMACHKI Abdelaziz

Dr. JABIR Hamza  
Oncologue - Radiothérapeute  
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A,  
N°14, 3ème étage, Bd Abdelmoumen,  
CASABLANCA INPE : 091236927



✉ dr.jabir.hamza@gmail.com

☎ 05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

إقامة رياض عبد المومن. 445A, رقم 14, الطابق الثالث - شارع عبد المومن - الدار البيضاء  
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A, N°14, 3ème étage - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - BIOCHIMIE  
VIROLOGIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

INPE :  
093064640

**FACTURE N° 1229/23**

CASABLANCA le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

15/02/2023  
MR BAATARI EL HOUSSINE  
22F465  
Docteur HAMZA JABIR

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
Total du (B)	B 80
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	90,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Bd. Imam Chafii, N° 7, Lot. 23  
Lotis. Alhamidia Hay El Qods  
Remoussi - Casablanca



**HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - BIOCHIMIE**  
**VIROLOGIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE**

Prélèvement du : 15/02/2023 à 15:15

Résultats édités le: 15/02/2023



**MR BAATARI EL HOUSSINE**

Dossier N° 22F465

Prescripteur: Docteur HAMZA JABIR

Page: 1/1

**HEMATOCYTOLOGIE**

(Sur Automates Sysmex XS-1000i, Sysmex KX-21N)

**NUMERATION SANGUINE (CBC)**

Valeurs de référence 13/02/23 - 10:37

GLOBULES BLANCS.....	6 580	/mm <sup>3</sup>	4 000 à 10 500	4500
GLOBULES ROUGES..... (*)	3,70	M/mm <sup>3</sup>	4,40 à 5,80	3,72
HEMOGLOBINE..... (*)	11,4	g/dL	13 à 17	11,5
HEMATOCRITE..... (*)	34,0	%	38,0 à 54,0	34,7
VGM.....	91,9	μ <sup>3</sup>	78,0 à 98,0	93,3
TCMH.....	30,8	pg	26,0 à 33,0	30,9
CCMH.....	33,5	g/dL	32 à 36	33,1

**FORMULE LEUCOCYTAIRE**

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.	47,7	%		
Soit	3 139	/mm <sup>3</sup>	1 800 à 7 000	1382
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	4,0	%		
Soit	263	/mm <sup>3</sup>	0 à 500	220
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,3	%		
Soit	20	/mm <sup>3</sup>	0 à 100	9
LYMPHOCYTES.....	26,1	%		
Soit	1 717	/mm <sup>3</sup>	1 200 à 4 300	1620
MONOCYTES.....	21,9	%		
Soit (*)	1 441	/mm <sup>3</sup>	200 à 1 000	1269

**PLAQUETTES**

Numération..... (*)	648	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 à 400 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	622
VPM(volume plaquettaire moyen)...	8,4	fL	8,0 à 13,0	9,2

Demande validée biologiquement par: Dr AbdelAziz AMACHKI

Total de pages: 1

**LABORATOIRE CBA**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
Dr. AMACHKI Abdelaziz