

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

M23-002322

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 167908
Nom & Prénom : SEKKAT Mohamed
Date de naissance : 1936
Adresse : 32 Lotissement Sindibad Andrab Casa
Tél. : 0613074647 Total des frais engagés : 1155,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023
Nom et prénom du malade : Soladin NADIA EP SEKKAT Age : 78
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer

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 : Casablanca Le : 21/07/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20.06.2023	Acte		300	
23.6.23	CPA		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
	21.06.23	B 620	855,80
		PCA, S	

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 :

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 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</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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Docteur Yaëlle Zafrani

الدكتورة زفراني يائيل

Cabinet de chirurgie gynécologique

Spécialiste en cancérologie du sein et du pelvis

Spécialiste en chirurgie de l'endométriose

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France
Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy à PARIS
Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille
Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

Casablanca le: 20/06/2023

SACA DIN épouse SELELAT
Mouha

Bilan sanguin

- NFS plaq

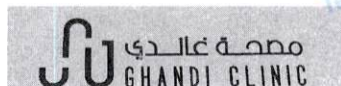
- TP - TGA

- CA 15-3

- Groupe sanguin

24/06/23
Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelkottah SENTISSI
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa
Tél.: 05 22 36 62 60 / 39 64 15

Dr. ZAFRANI Dina Yaëlle
Gynécologie Chirurgicale
INP - 091 17 38 64
13 Bd Ain Taoujtate (face Clinique Badr)
Bourgogne 20050 - Casablanca
Tel: 05 22 430 430



CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11
LABSIR K

Casablanca le : 23.6.23.

Reçu de paiement

A Mme/Mr.....SEKIKAT NADIA.....

Nous, soussignés Clinique Ghandi avoir reçu la somme de.....300.....

Cette somme a été reçue pour :

CPA

Le paiement a été fait par :

- ☐ Chèque
- ☐ Espèce
- ☐ Carte Bancaire

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11
LABSIR K

SIGNATURE

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste

Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.



FACTURE N° : 2306240002
ICE : 001578364000055

Casablanca le 24-06-2023

Mme Nadia SALADIN EP SEKKAT

Demande N° 2306240002
Date de l'examen : 24-06-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS 0363	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Marqueur Tumoral : Ca 15-3	B400	B
	Groupe Sanguin	B60	B
	NF	B80	B
	TCK	B40	B
	TAUX DE PROTHROMBINE	B40	B

Total des B : 620

TOTAL DOSSIER : 855.8 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent cinquante-cinq dirhams
quatre-vingts centimes

Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelfattah SENTISSI
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa
Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15
INPE: 093000271

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste

Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.



24-06-2023 – Mme Nadia SALADIN EP SEKKAT

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO	A
Rhésus (D)	Positif

MARQUEURS TUMORAUX

CA 15.3
(Elecsys 2010, ECLIA)

24.35 UI/ml (<25.00)

05-10-2021

17.72

Demande validée biologiquement par : **Dr. SENTISSI Abdelfattah**

Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelfattah SENTISSI
Rés. Romandie 2 - Tour 2 - Casa
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste

Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.



Code Patient : 1406160014
Date de l'examen : 24-06-2023

Mme Nadia SALADIN EP SEKKAT
Réf : 2306240002
Prescription :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Sysmex XN-1000)

17-01-2023

Globules Blancs :	4 370 /mm3	(4 000-10 000)	4 820
Globules Rouges :	4.24 /mm3	(3.85-5.20)	4.28
Hémoglobine :	13.1 g/dL	(11.8-15.8)	13.1
Hématocrite :	38.4 %	(35.0-45.5)	39.1
VGM :	90.6 fL	(80.0-101.0)	91.4
TCMH :	30.9 pg	(27.0-34.0)	30.6
CCMH :	34.1 %	(30.0-35.0)	33.5
Polynucléaires Neutrophiles :	52.6 %	(40.0-75.0)	49.0
Soit:	2 298.6 / mm3	(1 500.0-7 700.0)	2 361.8
Polynucléaires Eosinophiles :	2.5 %	(<5.0)	3.7
Soit:	109.3 / mm3	(20.0-1 100.0)	178.3
Polynucléaires Basophiles :	0.9 %	(0.0-1.0)	0.8
Soit:	39.3 / mm3	(<350.0)	38.6
Lymphocytes :	37.1 %	(20.0-45.0)	38.8
Soit:	1 621.3 / mm3	(1 000.0-4 000.0)	1 870.2
Monocytes :	6.9 %	(2.0-12.0)	7.7
Soit:	301.5 / mm3	(100.0-2 700.0)	371.1
Plaquettes :	204 000 /mm3	(150 000-500 000)	218 000

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine 77 % (70-100)
(Technique chronométrique)
INR 1.12

Temps de Céphaline activée (APTT)

Témoin 27 sec.
Malade 27 sec. (27-37)

Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelfattah SENTISSI
Rés. Romandie 2 - Tour 2 - Casa
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15