

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-818299

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8889 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JAWFIK Hicham  
 Date de naissance : 10/03/1972  
 Adresse : RES LILIA 1776 ETZ 73  
 AN CHOK Ouar  
 Tél. : 06 73 73 58 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : SAHONAI  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, vous devez en informer le 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) :

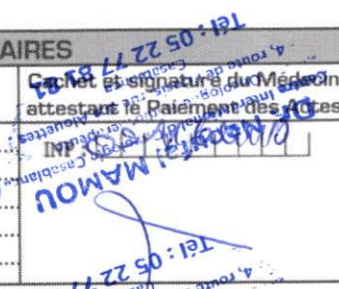
VOILET ADHERENT

Déclaration d

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 Médical attestant le Paiement des Actes
14/09/23	CS		CS	
21/09/23	CS		250,00	

## 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
	20/09/23	180 B g.d.	263 D.L.S

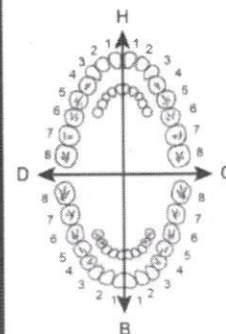
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

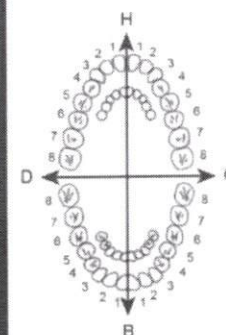
VOLET ADHERENT

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

## SOINS DENTAIRES



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES




## DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**AKDITAL**

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 14/09/2023

**Compte rendu d'analyses**

Dossier N° : 130923-307 Pvt du: 13/09/2023 14:34 \*\*\*

Mme SANHAJI SARRA

IPP Patient :23-004179/23

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/2

**HEMATOLOGIE****NUMERATION FORMULE SANGUINE**

Valeurs Usuelles

Antériorité

**NUMERATION**

Globules blancs	:	4 480 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	4200 (06/09/23)
Globules rouges	:	4,04 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	( 3,92 - 5,08 )	4,04 (06/09/23)
Hémoglobine	:	11,70 g/dl	( 11,9 - 14,6 )	11,50 (06/09/23)
Hématocrite	:	35,10 %	( 36,6 - 48 )	35,00 (06/09/23)
VGM	:	86,80 fL	( 82,9 - 98 )	86,60 (06/09/23)
TCMH	:	28,90 pg	( 27 - 32 )	28,40 (06/09/23)
CCMH	:	33,30 g/dl	( 32 - 36 )	32,90 (06/09/23)
Plaquettes	:	275 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )	208 000 (06/09/23)

**FORMULE**

Polynucléaires Neutrophiles	:	52,90 %	Soit 2369/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 7000 )	2251,20 (06/09/23)
Lymphocytes	:	41,00 %	Soit 1836/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	1659,00 (06/09/23)
Monocytes	:	4,20 %	Soit 188/mm <sup>3</sup>	( 100 - 1000 )	184,80 (06/09/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,30 %	Soit 58/mm <sup>3</sup>	( 50 - 500 )	84,00 (06/09/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,60 %	Soit 26/mm <sup>3</sup>	( 10 - 100 )	21,00 (06/09/23)





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.....

14/09/2023

**MME SANHAJI SARRA**

Analyses : NFS  
TRANSAMINASES HEPATIQUES

Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81

LABORATOIRE MEPS SULTAN  
Dr. Naoufal MAMOU  
196, Avenue Mers Sultan  
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 52

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

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

# LABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Fahd SAYEH

N° 196; Mers sultan Appt 32 5ème étage Tel :05 22 22 41 52  
Mail : labo.merssultan@gmail.com

N° facture : 23-31351

**Facture**

Date de prélèvement 20/09/2023

Mme SANHAJI Sarra

Casablanca, le 20/09/2023

Médecin Dr : NAOUFAL MAMOU

Code Acte	Designation Acte	Cotation B
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80
GOT	Transaminase - SGOT	50
GPT	Transaminase - SGPT	50

Total B	180
Total en dirhams	263

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Cent Soixante-Trois Dirhams

LABORATOIRE MERS SULTAN  
Dr. Fahd SAYEH  
196, Avenue Mers Sultan  
Casablanca - Tel/Fax : 05 22 22 41 52



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.....

21/09/2023

**Facture N°: FC2309007601**

Mme SANHAJI SARRA

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature

Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes  
Tel : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028