

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

198997

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034238

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07087

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Résidence AL Noufouf CASA

Tél. : 0661526440

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 : Cancer poumon

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 : Casa

Le : 14/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PP4FR05/V2/20-10-2023

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	
26/07/2024.					
09/08/2024.					

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Gabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIHAB EL MELIANI - FASSI FIKRI 5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca Tél: 05 22 25 46	26/02/26	14,70

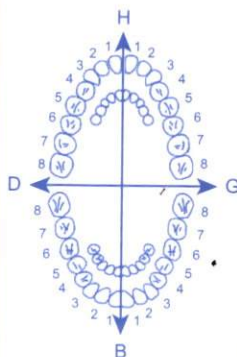
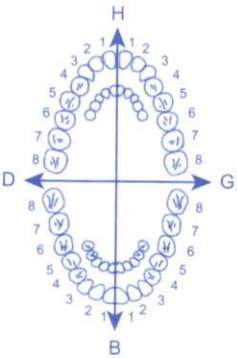
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
VOIES FORMATION RECHERCHE

FS M23-0034238

Casablanca le

13/02/24

Compte Rendu

Je soussigné(e) *Dr ISMAILI NABIL* Certifie que Mr/Mme :

CHOUA Ahmed

, est suivie à l'hôpital

Universitaire International Cheikh Khalifa Casablanca dans le cadre de prise

en charge d'un *CANCER EPIDERMODE*

pulmonaire localisé

Avec

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

Signature
FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Dr ISMAILI NABIL
Directeur de Spécialité - Oncologie
091176206

FS M23-0034238

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : CHOUTA AHMED

Matricule : 07082

N° CIN : B202562

Adresse : Résidence AC MANSOUR rue Ladi Bekkar
CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

FONDATION CHEIKH KHATIFA ILM ZAM
Pr ISMAÏL HABIB

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ > 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Carcinome épidermoïde pulmonaire bronchoalvéolaire
confirmé par biopsie.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Chimio Thérapie Immunothérapie
Radiothérapie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

15/02/24

Cachet et signature du médecin traitant :

FONDATION CHEIKH KHATIFA ILM ZAM
Pr ISMAÏL HABIB
Directeur de Spécialité Oncologie
01176900

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 26/02/2024.

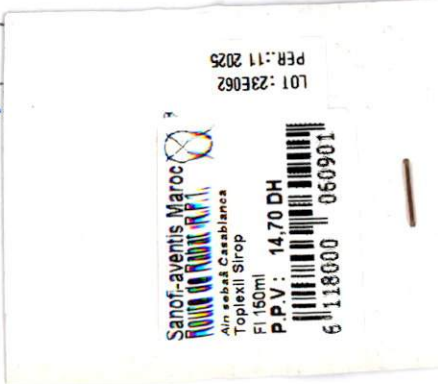
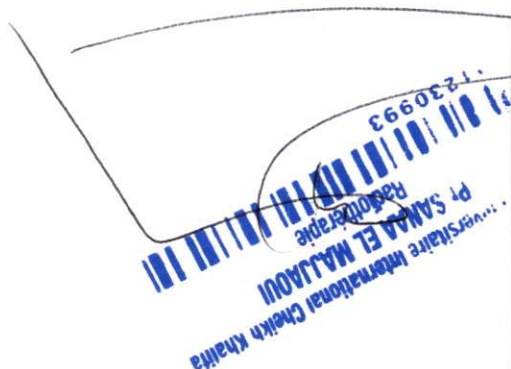
M^r OHOUTA A.R. med.

PHARMACIE RIHAR
EL MELIANI - FASSI FILAL
5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

14,70 TOPLEXIL

Sirap

200 ml x 3/8





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 01/03/2024.

Dr CHOUTA AHMED.

Taux P8A

Laboratoire National de Référence
Tél : 05 29 05 02 33
Email : labo@fcdm-hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr SAMAA EL MAJJAOU
Radiation
01230993

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 37 116 / 2024 du 04/03/2024

Nom patient : **CHOUTA AHMED**

Entrée 04/03/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0300	360,00	360,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	360,00
				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total 360,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	360,00	360,00	0,00

[Signature]
tel : 05 29 03 53 45
E-mail : info@hkhz.gov.qa



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0124000437

Date de naissance : 12/04/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 04/03/2024

Prélevé le : 04/03/2024 à 15:13

Edité le : 08/03/2024 à 12:01

CHOUTA AHMED

Dossier N° : 24030937K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



MARQUEURS TUMORAUX

PSA TOTAL : 2.69 ng/ml < 4.0
(Chemiluminescence / Architect Ci4100)

Note : le toucher rectal, le massage prostatique, une biopsie, augmentent transitoirement les taux du PSA

Le 08/03/2024 à 12:01

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr YAHYAOUI Anass



Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 / 1