

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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032330

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 606 + 842 Société : RAM 203538

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHARTI Abdelmajid + M^{me} JDI ASSIA

Date de naissance : 1.7.1947

Adresse : Hay EL HANA, Rue 27, N°8 Casablanca

Tel. 0522 362224

Tél. 0663709424 Total des frais engagés : 1768,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 03 / 2024

Nom et prénom du malade : ELHARTI ABDELMAJID Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Nijlon mélyk

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 : / /


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
12/03/24			300DH	
22/03/24			contrôle	
29/03/24			contrôle	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/3/24	1051,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/03/24	B: 440 + E: 21	417,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

CICLOVIRAL® 800 mg
Aciclovir

LOT 231619
EXP 09/26

PPV:469DH00

Voie orale

CICLOVIRAL® 800 mg
25 comprimés

CICLOVIRAL® 800 mg
Aciclovir

LOT 231619

EXP 09/26

PPV:469DH00

Voie orale

25 comprimés

HONORAIRES

é en indiquant la nature des soins.

traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Efficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

CO-TRIM® FORT
20 comprimés
PPV 30DH50
EXP 09/2027
LOT 350217

CO-TRIM® FORT
20 comprimés
PPV 30DH50
EXP 08/2027
LOT 350212

CO-TRIM® FORT
20 comprimés
6 118000 030195

28

قرصا
ن طريق الفم

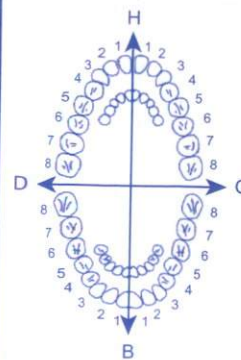
28

قرصا
طريق الفم

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés
6 118000 430025

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTE

البروفان

عليه بنها

26,20

Dr Omar El Graoui

Médecin spécialiste Hématologie clinique
Adultes et enfants

Diplômé des universités de Paris en
Hématologie
Grefe de cellules souches hémoïétiques
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien interne du CHU Ibn Rochd



د. عمر الأجرأوي

**أخصائي في أمراض الدم
البالغين والأطفال**

خريج جامعات باريس في
أمراض الدم
زرع الخلايا الجذعية للدم
طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
طبيب داخلي بالمستشفى الجامعي
إبن رشد سابقا

CASABLANCA, LE

12/03/2024

Mr EL HARTI ABDELMAJID

(S.V)

- 469,00 x 2
30,50 x 2
26,20 x 2
1051,40
1. Cicloviral 800mg 1cp/j pdt 3 mois
 2. Cotrim fort 1cp x3 /semaine (Lundi-Mercredi et Vendredi)
 3. Acfol 5mg 1cp x3/ semaine (Mardi- Jeudi et Samedi)

(S.V)

(S.V)

Remerciements

Pharmacie MILAD
Mme Samira MILAD
283, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca
Tél: 0522 94 63 30 - 0522 94 29 49
INPE: 012042654

DR OMAR EL GRAOUI
HEMATOLOGIE CLINIQUE
ADULTES ET ENFANTS
362, bd Ghandi et angle rue Clécy
N°5, 1er étage - Oasis - Casablanca
Tél: 0522 22 18 56
E-mail: omar.elgraoui@gmail.com

2403252012 - Mr Abdelmajid EL HARTI

MARQUEURS TUMORAUX

08-03-2024

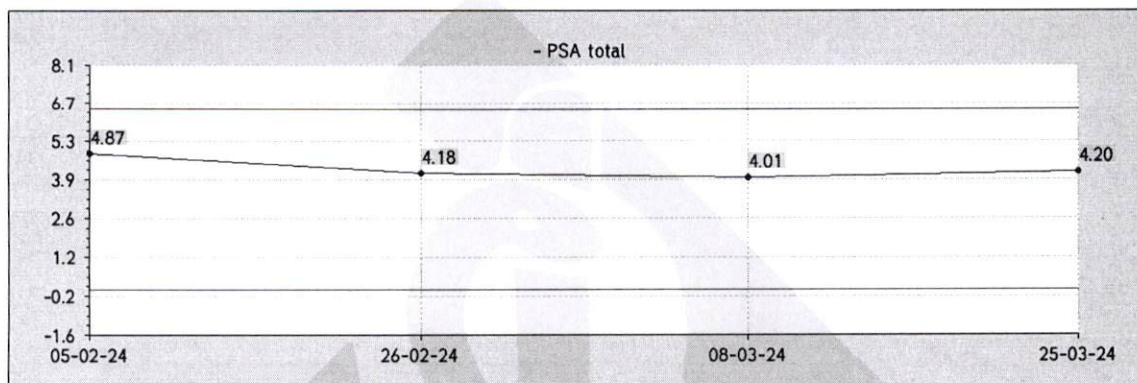
- PSA total

(Technique ELFA Vidas)

4.20 ng/ml (<6.50)

4.01

4.20 µg/l (<6.50)



Le rapport PSA Libre/ PSA Total peut être réalisé sur un échantillon prélevé de préférence au laboratoire pour des valeurs de PSA Total comprises entre la valeur normale et 10 µg/l.

Validé par le biologiste

(Signature)
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001

Date du prélèvement : 25-03-2024 à 13:04

Code patient : 1310212015

Né(e) le : 01-07-1947 (76 ans)



Mr Abdelmajid EL HARTI

Dossier N° : 2403252012

Prescripteur : Dr OMAR EL GRAOUI

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

08-03-2024

Leucocytes	5.81	G/L	(4.00-11.00)	2.71
Hématies	3.29	T/L	(4.00-5.65)	3.11
Hémoglobine	11.3	g/dL	(12.5-17.2)	10.4
Hématocrite	33.4	%	(37.0-49.0)	31.1
V.G.M	101.5	fL	(80.0-101.0)	100.0
T.C.M.H	34.3	pg	(27.0-34.0)	33.4
C.C.M.H	33.8	g/dL	(30.0-36.0)	33.4

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	49.1	%		52.4
Soit	2.85	G/L	(1.50-7.70)	1.42
Poly. Eosinophiles	0.9	%		0.4
Soit	0.05	G/L	(0.02-1.10)	0.01
Poly. Basophiles	1.9	%		0.7
Soit	0.11	G/L	(<0.35)	0.02
Lymphocytes	36.1	%		35.8
Soit	2.10	G/L	(>1.00)	0.97
Monocytes	12.0	%		10.7
Soit	0.70	G/L	(0.10-2.70)	0.29

PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)

198	G/L	(150-450)	108
-----	-----	-----------	-----

08-03-2024

RETICULOCYTES

RETICULOCYTES	1.2	%		1.1
Soit :	39	G/L	(25-100)	34

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

08-03-2024

- Créatinine

(Test colorimétrique enzymatique)

8.5	mg/L	(6.0-13.0)	8.1
75.2	μmol/L	(53.1-115.1)	

**MUPRAS MUTUELLE DE
PREVOYANCE ET D'ACTIONS
SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC**

FACTURE N° : 2403252012

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 25-03-2024

Mr Abdelmajid EL HARTI

Date de l'examen : 25-03-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
B111	Créatinine	B30	B
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
B222	Réticulocytes	B30	B
B361	Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA	B300	B

Total des B : 440

TOTAL DOSSIER : 417.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent dix-sept dirhams

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
107, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
Email: evolulab@hotmail.com

Dr Omar El Graoui

Médecin spécialiste Hématologie clinique
Adultes et enfants

Diplômé des universités de Paris en
Hématologie
Greffe de cellules souches hémoïétiques
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien interne du CHU Ibn Rochd



د. عمر الأجرأوي

**أخصائي في أمراض الدم
البالغين والأطفال**

خريج جامعات باريس في
أمراض الدم
زرع الخلايا الجذعية للدم
طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
طبيب داخلي بالمستشفى الجامعي
إبن رشد سابقا

CASABLANCA, LE

22/03/2024

Mr EL HARTI ABDELMAJID

Prière de réaliser le bilan suivant :

1 NFS-Plq + Réticulocytes

2 LSA

3 Cér

Remerciements

EVOLUBAR
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOUTAOUAKKI
107 Bd. Ibn Rochd - Casablanca
294 86 66 34 - Tél: 0522 91 71 45
0522 91 71 45