

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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

55508

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mezouki Idrissi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00860

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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

N° W19-589351

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. Meryem Idrissi Mohamed
 Date de naissance : 09/03/1970
 Adresse : N° 17 Rue 17 Residence Chabab Ain Sobae Casablanca
 Tél. : 0643960102 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Meryem
 Ghandi Gynecology
 Oncologue Médical
 Dr. Ghandi Idrissi Mohamed
 Offices 2ème Etage N° 7
 Tél. : 0522 23 01 13

Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Nécroplase Fave
 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) :



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

14/12/2020 C 300,00 Dr. HAJ Meryem
236, Oncologie Oncology
Bd. Ghandi, Imm. Ghandi
Offices 2eme Etage N° 7
Tél : 05 22 21 01 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/12/2020 565,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

25/12/2020 B 800 P 113 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

[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



Ghandi Oncology

Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur AIT EL HAJ Meryem

الدكتورة أيت الحاج مريم

Oncologue Médical

Traitement et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention - Radiothérapie conformationnelle 3D - Radiothérapie par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Radiochirurgie - Curiethérapie - Oncologie médicale - Chimiothérapie - Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie - Traitement de la douleur - Soins palliatifs

14/12/2020

Dr. AIT EL HAJ Meryem
Ghandi Oncology
236, Bd. Ghandi, Imm. Ghandi
Offices 2ème Etage M
Tél: 0522 23 01 13

Dr. Nezak Elidrissi

565,00

End 175mg S₁

80mg S₂S₃

Pharmacie Centre International
d'Oncologie Casablanca

Dr. AIT EL HAJ Meryem
Ghandi Oncology
Oncologue Médical
236, Bd. Ghandi, Imm. Ghandi
Offices 2ème Etage M
Tél: 0522 23 01 13

EMEND® 125 mg+ 80 mg
Boîte de 1 gélule de 125 mg
et deux gélules de 80 mg
P.H: 565,00 DH
AMM 408/17 DMP/21/NCI
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160754





Ghandi Oncology
Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur AIT EL HAJ Meryem

الدكتورة أيت الحاج مريم

Oncologue Médical

Traitement et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention - Radiothérapie conformationnelle 3D - Radiothérapie par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Radiochirurgie - Curiothérapie - Oncologie médicale - Chimiothérapie - Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie - Traitement de la douleur - Soins palliatifs

A' Nerzakni Idrissi N°9 14/12/20

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDIC & LES 4 MALAB
98 Bd. Mohamed Baamrani
1er Étage, Anaf 4, Sidi Bernoussi
Casablanca
Tél / Fax : 05 22 74 10 15

MFS

RDV 28/12/20

AIT EL HAJ Meryem
Ghandi Oncology
Oncologue Médical
36. Bd. Ghandi, Imm. Ghandi
Offices 2ème Etage N°7
Tél : 05 22 23 01 13



Dr. Amal KAMIRI

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Casablanca vendredi 25 décembre 2 Monsieur MERZOUKI-IDRISSI MOHAMED

M

FACTURE N°		17684		
Analyses :				
Numération formule sanguine -----		B	80	Total : B 80
Prélèvements :				
Sang-----		Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			113,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Treize Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES AMAL LAB
98, Bd. Mohamed Baâmrani
1er Étage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Tél / Fax : 05 22 74 10 15

Dr. Amal KAMIRI

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Monsieur MERZOUKI-IDRISSI MOHAMED

Docteur MERYEM AIT EL HAJ

Réf. : 20L651

Dossier ouvert le : 25/12/20 , Edité le : 25/12/20

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales (Homme Adulte)	Antériorités 27/11/20
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----	4,34	* M/mm ³	4,5 - 5,55	3,93
Hémoglobine -----	11,5	* g/100 ml	14 - 18	10,3
Hématocrite -----	37	* %	40 - 50	33
- V.G.M. -----	85	μ ³	80 - 95	
- T.C.M.H. -----	26	* pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----	30	g/100 ml	30 - 37	
GLOBULES BLANCS				
Numération des leucocytes -----	3 990	* /mm ³	4000 - 10000	4740
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----	35,3	* %	50 - 70	
Soit : 1 408	/mm ³		2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----	2,2	%	1 - 3	
Soit : 88	/mm ³		40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----	0,6	%	< 1	
Soit : 24	/mm ³		< 100	
Lymphocytes -----	51,7	* %	20 - 40	
Soit : 2 063	/mm ³		1500 - 4000	
Monocytes -----	10,2	* %	1 - 8	
Soit : 407	/mm ³		40 - 800	
PLAQUETTES				
Résultat -----	92 000	* /mm ³	150000 - 400000	139000

Docteur AMAL KAMIRI
Ph Biologiste
Amal 4 Bd. Med Baâmrani N° 98
1er Etage Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 05 22 74 10 15

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

**NOM DU PATIENT : M. MERZOUKI IDRISSE
MOHAMED**

DATE DE NAISSANCE : 09/03/1970

COC20L15091201



Reçu N°: 38456

Paiement du 15/12/2020 09h16

Montant

565,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : HASSARI HASNA Le 15/12/2020 09h16