

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

- Reclamation : 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'Hayat
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° W19-554665

72419

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7388 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : MAJJAR MOHAMED
Date de naissance : 20/05/1966
Adresse : 51 rue Ibn Chich d Kairouan, 2 Mars - Casablanca
Tél. : 0666 24 57 26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAJJAR MOHAMED

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

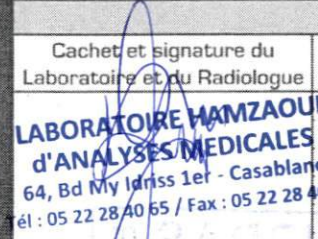
Le : 28/05/2021

Dr. MAJJAR MOHAMED
Chirurgien Dentiste
307, Rue Mustapha El Moudni
Tél : 0522 48 78 77 - CASA

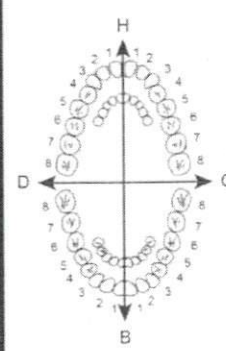
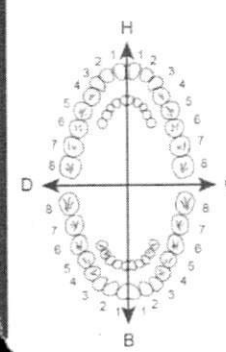
MUPRAS
28 MAI 2021
ACCUEIL

| 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 |
| 26-25-2021 | | | 300 Dhs |  |
| 6-04-2021 | | | 06 | |

| 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 |
|  | 06/04/21 | B.150 | 165 Dhs |
| | ICE 001035816000075 | | INP : 093060721 |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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 | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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 | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Hamid MAWFIK



الدكتور حميد موفق

إختصاصي في أمراض الكلية

والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - ثقبث الحصى - الختان

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Maladies et chirurgie des reins et de
l'appareil urinaire - Stérilité masculine

Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision

Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou-Rochd

Casablanca, le 06.04.21 في الدار البيضاء

Groupage Sanguin

☐

T.P

☐

TCK

☐

Urée

☐

Créatinine

☐

NFS

☐

PSA Totale

☐

PSA Libre

☐

Glécimie à jeun

☐

Ionogramme sanguin

☐

Spermogramme + culture

☐

Autres.....

ECBU + alk

Dr. MAWFIK Hamid
Chirurgien Urologue
207, Rue Mostapha Mâani
Tél : 0522 48 78 77 - ASA

307, Rue Mostapha Mâani Angle Rue d'Agadir 1^{er} étage - Casablanca

Tél. : 05 22 48 78 77 - GSM : 06 01 10 10 10

LABORATOIRE HANZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1^{er} - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46



INPE 093060721

مختبر حمزاوي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUI

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Facture N°: FA017798/2021

IF 87861100

TP 34459760

ICE: 001635816000075

Référence:



3 060421 257077

Date de prélèvement mardi 6 avril 2021

Nom Prénom MAJBAR HAMZA

Médecin: HAMID MAWFIK

| Quantité | Lettre clé | Analyses | Total |
|----------|------------|---|-----------|
| 1 | B 60 | Antibiogramme | 66 dh |
| 1 | B 90 | ECBU (cytologie, culture, identification) | 99 dh |
| | B 150 | | 165,00 dh |

Net à payer TTC 165,00 dh

Arrête la présente facture à la somme de: CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS

LABORATOIRE HAMZAOUI
D'ANALYSES MEDICALES
64, Bd Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél: 05 22 28 40 65 / Fax: 05 22 28 40 46



مختبر حمزاوي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine HAMZAOU

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 07-avr-21

Date de prélèvement: mardi 06/04/2021

40892

Référence:



3 060421 257077

Nom, Prénom:

MAJBAR HAMZA

Prescripteur, Dr:

CONTRÔLE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE URINAIRE

Examen chimique Urinaire

| | | |
|------------------|--------------|------------------------------|
| Glucosurie | Négative. | |
| Bilirubine | Négatif | |
| Cetonurie | Traces | |
| Densité urinaire | 1025 | (Normale: 1010 à 1030) |
| Ph | 5,5 | (Normale: 4,5 à 8,0) |
| Proteinurie | Traces | |
| Urobilinogène | <3,2 µmol/l. | (Normale: 0,9 à 4,23 µmol/l) |
| Nitrites | Négatif | |

Examen Cytologique Urinaire

| | | |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Sang / Hématies | 3 /µl | (Normale < 10 /µl) |
| Leucocytes | 4 /µl | (Normale < 10 /µl) |
| Cellules épithéliales | Très rares. /µl | (Normale < 10 /µl) |
| Cylindres | Néant. | |
| Cristaux | Néant | |
| Levures | Néant. | |
| Parasites | Néant | |

Examen Macroscopique

| | | |
|-------------|------------------|--------------------------|
| Couleur | Jaune | |
| Aspect | Clair | |
| CFU | 0 Mille/ml. | (Normale < 100 Mille/ml) |
| Germe isolé | Culture stérile. | |

Observations

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
Dr Nouredine HAMZAOU
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46

64, شارع مولاي إدريس الأول (الطابق الأرضي)، زاوية شارع 2 مارس (قرب الجماعة الحضرية مرس السلطان) - الدار البيضاء

64, Bd. Moulay Idriss 1er (Rez-de-chaussée), Angle Bd. 2 Mars, (Attenant à la Commune Urbaine Mers Sultan) - Casablanca

☎ : 05 22 28 40 65 📠 : 05 22 28 40 46 - E-mail : hamzaoui@menara.ma



مختبر حمزاوي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine HAMZAOU

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France
Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles
Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris
DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 28-mai-21

Copie

Date de prélèvement: mardi 06/04/2021

40892

Référence:



3 060421 257077

Nom, Prénom:

MAJBAR HAMZA

Prescripteur, Dr:

HAMID MAWFIK

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE URINAIRE

Examen chimique Urinaire

| | | |
|------------------|--------------|------------------------------|
| Glucosurie | Négative. | |
| Bilirubine | Négatif | |
| Cetonurie | Traces | |
| Densité urinaire | 1025 | (Normale: 1010 à 1030) |
| Ph | 5,5 | (Normale: 4,5 à 8,0) |
| Proteinurie | Traces | |
| Urobilinogène | <3,2 µmol/l. | (Normale: 0,9 à 4,23 µmol/l) |
| Nitrites | Négatif | |

Examen Cytologique Urinaire

| | | |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Sang / Hématies | 3 /µl | (Normale < 10 /µl) |
| Leucocytes | 4 /µl | (Normale < 10 /µl) |
| Cellules épithéliales | Très rares. /µl | (Normale < 10 /µl) |
| Cylindres | Néant. | |
| Cristaux | Néant | |
| Levures | Néant. | |
| Parasites | Néant | |

Examen Macroscopique

| | | |
|-------------|------------------|--------------------------|
| Couleur | Jaune | |
| Aspect | Clair | |
| CFU | 0 Mille/ml. | (Normale < 100 Mille/ml) |
| Germe isolé | Culture stérile. | |

Observations

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46