

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-607862

72541

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12551 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAATOUQU, ACHRAF  
 Date de naissance : 18-11-1985  
 Adresse : Res. Mangrove, Bd. Dharane, 108, Apt 8  
 CAIROUINE, CASAB  
 Tél. : 06 41293618 Total des frais engagés : 360,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade :  
 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 : CASAB Le : 03/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : *Achraf Maatouqui*

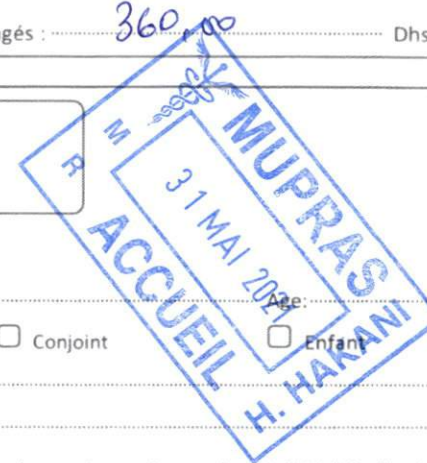
### Adresses Mails utiles

- 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

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
				INP : <input type="text"/>

# 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
	28/04/21	B.O. 250	36,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

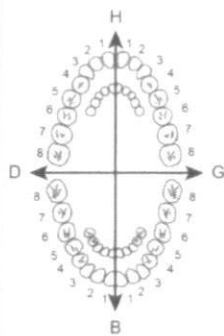
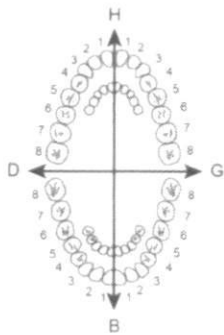
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <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

# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 27/04/2021

AAATouqer' Joulia

- \* SERUM ANTIWIDE A PROTEINE (PAA)
- Dosage de l'acide mévalmique dans les urines le 2ème jour de la fièvre

LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
DR. HOTTIAUX \* CBH \*  
3, rue du Colonel Gros - Casablanca  
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74  
Fax: 05 22 20 35 15

  
**Dr Kenza BOUAYED**  
Professeur de Pédiatrie  
Rhumatologie et Médecine Interne  
Hôpital Mère-Enfant A. HAROUCHI  
CHU Ibn Rochd Casablanca



**LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH**  
• 3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca  
Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74 Fax : 05.22.20.35.15  
Patente : 36332437 I.F. : 40288423 CNSS : 8036726  
N° ICE : 0017 10887 0000 70 Code INPE: 093062362



**FACTURE No : 160247**

Casablanca, le : 28/04/2021

Analyses effectuées le .. : 28/04/21 à 10h22  
Sur prescription du ..... : Dr BOUAYED Kenza

Identité Patient ..... : Enf. MAATOUQUI JOULIA  
Code Patient ..... : 331823

**BILAN :**

1 SAA PROTEINE SERUM AMYLOIDE A HN 250

TOTAL B : 0

TOTAL HN : 0

250

MONTANT : 360,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 360,00 DH

Dr. M. BENKIRAN  
Pharmacien Biologiste  
Centre de biologie des hôpitaux Casablanca  
Tél: 0522 20 35 35 - 0522 27 66 74

مركز المستشفيات للتحاليل الطبية

Centre de Biologie des Hôpitaux

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Ouverture : Tous les Jours de 7 h à 19 h - Samedi de 7 h à 15 h



Dr Malika BENKIRAN

Pharmacien Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 28/04/21 à 10h22

Edité le : 27/05/21 à 10h05

Enf. MAATOUQUI JOULIA

Patient 331823 Né(e) le 24/10/2019

Dr. BOUAYED Kenza

Prélevé par le Laboratoire

Page : 1 / 1

## BIOCHIMIE

NORMES

ANTECEDENTS

PROTEINE SERUM AMYLOIDE A

Merci de voir le compte-rendu ci-joint.

Dr BIOLOGISTE

CENTRE DE BIOLOGIE  
DES HÔPITAUX « CBH »  
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca  
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74  
④ Fax: 05 22 20 35 15

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7



stationnement  
assuré

3, rue Caïd Najem ex Colonel GROS, Quartier des Hôpitaux - 20 360 CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 35 35 - 05 22 49 06 65 - 05 20 99 99 44 - 06 61 75 52 65

E-mail : cbhmaroc@yahoo.fr - Site web : www.cbh.ma



Biologiste Responsable : Sylvie Cado  
Biologistes Médicaux

H. Beldouini  
L. Verdume  
J-M. Costa  
M-M. Coude  
Y. Papino  
S. Defasque  
F. Floch  
S. Serero

A. Ganon  
S. Haim-Boukoba  
P. Kleinfinger  
I. Lacroix  
L. Lohmann  
S. Mehlal Sedkaoui  
B. Roquebert  
E. Lecorche

A. Valeri  
S. Samaan  
S. Schmit  
S. Trombert  
D. Trost (Biologiste Généticien)  
M. Valduga  
I. Lanois

G / w 994-101 / s 994-101

MAATOUQUI  
JOULIA

Né(e) le 24.10.2019  
Dossier n° : 21T0780751

Sexe : F

CENTRE DE BIOLOGIE DES HOPITAUX  
DR MALIKA BENKIRAN  
3 RUE DU COL GROS QUARTIER HOPITAUX  
20000 CASABLANCA MAARIF  
MAROC

Transmis par	CENTRE DE BIOLOGIE DES HOPITAUX	
Vos références :	INMA1129668	13230
Enregistré le :	03.05.2021	Edité le : 05.05.2021
Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire		

• SERUM AMYLOIDE A (SAA) (Néphélémétrie)

Prélèvement : 28.04.2021 Sérum 10h 00

<5 mg/l

N : <7

(12.04.21 : 457)

Souad Mehlal Sedkaoui (01 34 40 20 20)

Compte rendu complet

1/1

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 Service de la Relation Client.

SELAFA CERBA - 7/11 rue de l'Équerre - Parc d'activités "Les Balthuses" - 95310 Saint Ouen l'Aumône - France - ENREGISTREMENT N°95.9 - Tél : 01 34 40 20 20 - FAX : 01 34 40 21 29  
SRC@lab-cerba.com - www.lab-cerba.com