

# 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053675

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7179 Société : RAY.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KAHLAOUI MOHAMED.

Date de naissance : 01-01-1989

Adresse : Zone Idriss El KAHLAOUI  
I.M.F.1 APPT BC Berchid.

Tél. : 0671230228 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Abdelhak ALAOU VAZIDI  
Pneumologue - Allergologue  
197/199, Bd. Bir Anzarane  
Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9  
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2024 091035139

Nom et prénom du malade : EL KAHLAOUI MOHAMED Age : 35

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : COVID

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 : 01/04/2024

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 traitement des Actes
01/04/2021	C3	15	Oral	


# 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
LABORATOIRE SERIAT D'Analyses Médicales Reception Lot LE Youssef II N°12 Berrechid	06/04/21		1630,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

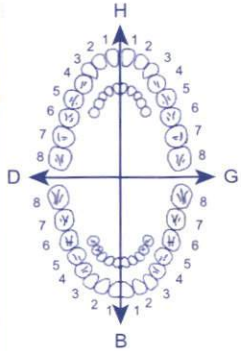
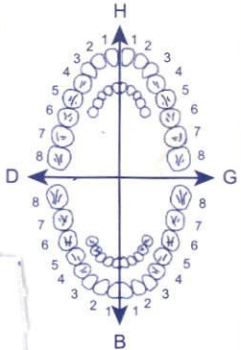
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

CA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**Professeur Abdelhaq Alaoui Yazidi**

**Pneumologue - Allergologue**  
Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
Médecin de Travail



Cabinet Pneumologie

**البروفيسور عبد الحق علوي يزيدي**

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
عميد سابق لكلية الطب بمراكش  
خريج كلية الطب بمونبلييه ، فرنسا  
طبيب الشغل

Casablanca le : 01/04/2021

**EL KAHLAOUI MOHAMED**

NFS

CRP

SGOT/SGPT

GGT

LDH

Cholestérol total/HDL/LDL

Triglycérides

Uricémie

Créatinine

PSA

D dimères

HBA1C

Troponine



LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Réception  
Lot LE Youssef II N° 12 Berrechid

**Professeur Abdelhaq ALAOUY YAZIDI**  
**Pneumologue - Allergologue**  
197/199, Bd. Bir Anzarane  
Rée. El Walida, 2ème Etage. n° 9  
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca

199/199, شارع بئر 199/199، الطابق 2 شقة 9 المعاريف الدار البيضاء

197/199, Bd. Bir Anzarane (à côté du restaurant la Grillardière), Res. El Walida 2<sup>e</sup> étage N°9 - Casablanca 20370 Tél.:05 22 25 26 42

INPE: 091035139 IF: 34 40 88 53 ICE: 002245926000033 PATENTE: 35801382 Email: cabinetpryazidi@gmail.com



# Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

**Docteur Mohamed Sekkat**  
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue  
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid  
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : [laboratoiresekkat@gmail.com](mailto:laboratoiresekkat@gmail.com)  
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

## Facture

N° facture : 2021-03736

Patient : Mr EL KAHLAOUI Mohamed

Edité le : 07/04/2021

Date prélèvement : 06/04/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES (NFS)	80	80,00
D-Dimères	300	300,00
Créatinine	30	30,00
Acide Urique	30	30,00
ASAT ( Aspartate Aminotransférase )	50	50,00
ALAT ( Alanine Aminotransférase )	50	50,00
GGT (Gamma-Glutamyl Transférase)	50	50,00
LDH (Lactate déshydrogénase)	50	50,00
Triglycérides	60	60,00
Cholestérol Total	30	30,00
HDL-Cholestérol	50	50,00
LDL-Cholestérol	50	50,00
Hémoglobine glyquée ( HBA1C )	100	100,00
Antigène spécifique de la prostate	300	300,00
TROPONINE I (High sensitive)	300	300,00
C Réactive Protéine (CRP )	100	100,00
<b>Total B</b>	1630	1 630,00
<b>APB</b>	1,0	0,00
<b>Total</b>		1 630,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille six cent trente dirhams\*\*\*

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Reception  
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid



# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط التحاليل الطبية

ΓΧ+Θ.Ο.Ο ΟΖΖ.Ε ΗΞ++Ο.Λ.ΗΞΗ .ΕΕΞΘΘΞΞ.

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT  
Médecin Biologiste

Pvt du: 06/04/2021  
Edition du : 07/04/2021  
Dossier N° : 10A02828154

Mr EL KAHLAOUI Mohamed

Né(e) le : 03/08/1974



Page : 2/4

## BIOCHIMIE (BECKMAN COULTER AU 480)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Créatinine	:	9,20 mg/L	( 6 - 12 )	
Technique : Enzymatique		81 µmol/L	( 53 - 106 )	
Acide Urique	:	56 mg/L	( 35 - 70 )	81 (13/07/20)
Technique : Uricase/POD		333 µmol/L	( 208 - 417 )	70 (31/07/18)
ASAT ( Aspartate Aminotransférase )	:	28 UI/L	( 7 - 40 )	~~~~
Technique : IFCC Pyridoxal Phosphate				
ALAT ( Alanine Aminotransférase )	:	25 UI/L	( 7 - 40 )	
Technique : IFCC Pyridoxal Phosphate				
GGT (Gamma-Glutamyl Transférase)	:	132 UI/L	( 10 - 45 )	
LDH (Lactate déshydrogénase)	:	203 UI/L	( 135 - 225 )	
Triglycérides	:	0,74 g/l	( 0,5 - 1,5 )	1,84 (13/07/20)
Technique : GPO-POD		0,84 mmol/l	( 0,57 - 1,7 )	1,42 (27/04/18)~~~~
Cholestérol Total	:	1,72 g/L	( 1,55 - 2 )	2,06 (13/07/20)
Technique : CHO-POD		4,44 mmol/L	( 4 - 5,16 )	2,11 (27/04/18)
HDL-Cholestérol	:	0,58 g/L	( 0,35 - 0,7 )	0,39 (13/07/20)
		1,50 mmol/L	( Supérieur à 0,9 )	0,46 (27/04/18)
LDL-Cholestérol	:	0,99 g/l	( Inférieur à 1,6 )	1,53 (13/07/20)
		2,55 mmol/l	( Inférieur à 4,13 )	

LABORATOIRE SEKKAT  
Signature

# Rapport de patient

Bio-Rad  
D-10  
N° Série: #DJ7L637204  
Id. de l'échantillon :  
Date d'injection  
N° d'injection : 2  
N° de portoir : ---

DATE : 07/04/2021  
HEURE : 14:26  
Version Logiciel : 4.30.2  
1060421154  
07/04/2021 11:34  
Méthode : HbA1c  
Position du portoir : 2

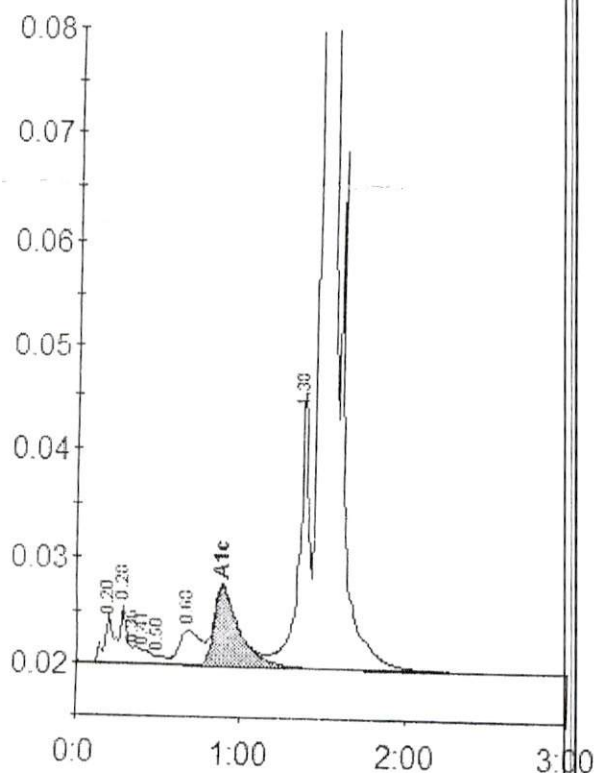


Table des pics - ID : 1060421154

Pic	Tps.Ret	Hauteur	Aire	% Aire
A1a	0.20	4817	20105	1.1
A1b	0.28	5657	15783	0.8
Unknown	0.36	1559	5954	0.3
F	0.41	1365	4843	0.3
Unknown	0.50	787	3668	0.2
LA1c/CHb-1	0.68	3451	31961	1.7
A1c	0.90	7650	82881	5.7
P3	1.38	25614	115830	6.2
A0	1.47	499002	1577619	84.9
Aire totale :				1858645

Concentration :	%
A1c	5.7