

## 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° W21-665352

99436

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI ROHANNED EL NAHFOUD

Date de naissance : 07-10-54

Adresse : RES. ANDALOUSIA INN 83 APT 9

B.D. ANOUAL CASA

Tél. : 06614626

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/25

Nom et prénom du malade : M. RHAZOUANI ROHANNED EL NAHFOUD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. digestive

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT



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
9/12/21		2	6	

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
Roudani C.A.S.A Tél: 0522 23 35 61	10 DEC. 2021	B1130+X	1539,20 MA

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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 : <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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

Gastro-entérologue

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie. Vésicule. Pancréas. Estomac, Intestins.

Hémorroïdes

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Ex. Gastro Entérologue au CHU Avicenne Rabat  
et à l'Hopital Ben Msik Sidi Othmane - Casa



الدكتورة سعاد بن عبد الله الأزرق

اختصاصية في:

أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء

وبمستشفى السويسي بالرباط

Casablanca, le : 9 12 23 في الدار البيضاء

92 RHAZOUANS M<sup>l</sup> MAHFOU

- TP - TCK
- ACE
- Ca 19-9
- gly Céline a-j-
- Hb glyquée
- NFS + P
- VS
- Groupage / RAI
- ALB min
- ~~urée / créat / glyc~~



re/pas

Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage - Maarif - Casablanca - (en Face Galerie Benomar)

إقامة بين سعيد , 30 زنقة المارشمي - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (امام مركز بن عمر)

Tel : 05 22 25.88.62 / 0522.98.90.12 - Fax : 05.22 28.90.12



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 10-12-2021

Mr RHAZOUANI Mohammed El Mahfoud

FACTURE N° A211200202

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0101	Albuminémie (Méthode immunologique)	B60	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0225	Coombs Indirecte: RAI recherche	B40	B
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B
0359	ACE	B250	B
0364	Ca 19 9	B400	B

Total des B : 1130

TOTAL DOSSIER : 1539.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
mille cinq cent trente-neuf dirhams vingt centimes



# مختبر التحليلات الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 10-12-2021

Mr RHAZOUANI Mohammed El Mahfoud

Code : A19100127

Référence : A211200202

Du : 10-12-2021

Prescripteur : Dr BENABDALLAH LAZRAK SOUAD

Normes

Antériorités

### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME

##### Numération Globulaire

			10-11-2021
Hématies	4.5 M/mm <sup>3</sup>	(4.2-5.7)	4.6
Hémoglobine	12.9 g/dL	(14.0-17.0)	13.5
Hématocrite	40 %	(40-52)	41
VGM	89 μ <sup>3</sup>	(80-95)	89
TCMH	29 pg	(28-32)	29
CCMH	32 g/100mL	(30-35)	33

##### Formule leucocytaire

Leucocytes		6 560 /mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	6 950
Neutrophiles	67 % soit	4 395 /mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)	4309
Eosinophiles	2 % soit	131 /mm <sup>3</sup>	(<400)	139
Basophiles	0 % soit	0 /mm <sup>3</sup>	(<150)	0
Lymphocytes	25 % soit	1 640 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	2085
Monocytes	6 % soit	394 /mm <sup>3</sup>	(200-1 000)	417

##### Numération plaquettaire

Plaquettes		231 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	217 000
Volume Plaquettaire Moyen		11.6 fl	(6.0-11.0)	12.5

#### VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure		92 mm	(2-13)	98
---------------	--	-------	--------	----

10-11-2021

98

# مختبر التحاليل الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 10-12-2021

Mr RHAZOUANI Mohammed El Mahfoud

Code : A19100127

Référence : A211200202

Normes

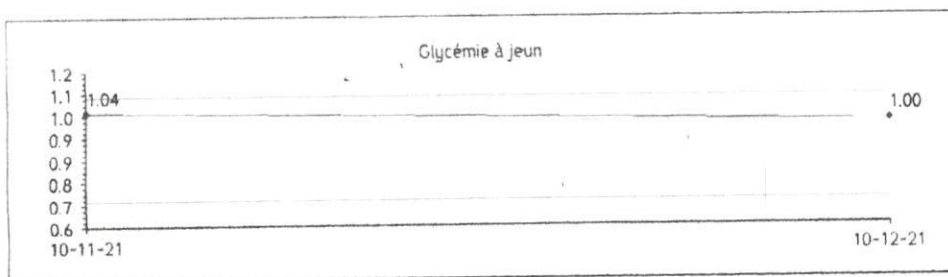
Antériorités

### BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

1.00 g/L (0.70-1.10)  
5.55 mmol/L (3.89-6.11)

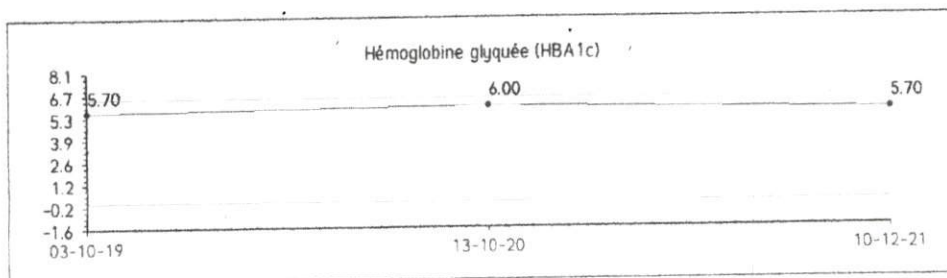
10-11-2021  
1.04



Hémoglobine glyquée (HBA1c)  
(Technique HPLC)

5.7 % (<6.5)

13-10-2020  
6.0



Albuminémie

40 g/L (32-46)

### MARQUEURS SERIQUES

Antigène carcino-embryonnaire (ACE)  
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

0.97 ng/mL (<5.00)

CA 19.9  
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

5.0 UI/mL (<39.0)

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 10-12-2021

Mr RHAZOUANI Mohammed El Mahfoud

Code : A19100127

Référence : A211200202

Normes

Antériorités

## HEMOSTASE

### Taux de Prothrombine (TP)

Taux de prothrombine	73.8 %	(70.0-100.0)
INR	1.14	

### Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

Temps Témoin	25.0 s	
Temps Patient	30.0 s	
Rapport	1.20	(0.80-1.20)

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

### GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO	O
Rhésus (D)	Positif

### RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES (RAI)

RAI: Coombs indirect:	Négatif
-----------------------	---------