

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 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

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

M23-005140

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : D. 2. 2. 5
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 168245
 Nom & Prénom : K. RATI S. AID
 Date de naissance : 13/09/1919
 Adresse : 5, Rue Mohammed V, FES
 Tél. : 0614317590 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023
 Nom et prénom du malade : el hubzi, el hubzi lane Age: 42
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Malignant
 Affection longue durée ou chronique : ALD Pathologie :
 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 : 13 JUL 2023
 Signature de l'adhérent(e) : Le : 23/07/23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20.06.23 | C | | | Dr. Naoufal MAMOU Centre International d'Oncologie Casablanca Oncologue-Radiothérapeute 4, route de l'Oasis, Casablanca Tél : 05 22 77 81 81 |
| 21.06.23 | C | | | |

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 |
|--|---------|------------------------------|------------------------|
| SERVICE LABORATOIRE HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA INPE : 090063272 279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebba | 21/6/23 | B 180 | 200 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

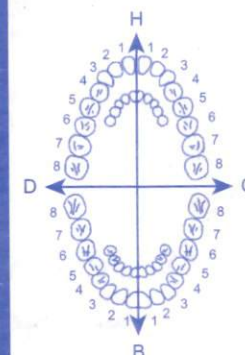
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



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 | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)

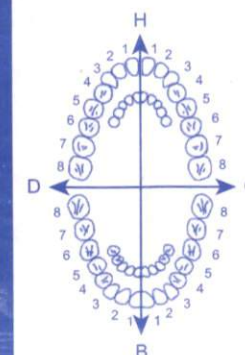
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

20/06/2023

MME EL GHAZI GHIZLANE

Analyses : NFS

ASAT ALAT

SERVICE LABORATOIRE - N° 4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA ANN SEBAA
INPE : 090062272
Bd. Chefchaoui - Ann Sebba

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue-Radiothérapeute
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
Casablanca

Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



AKDITAL
AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Honoraires

Casablanca, le 27/06/2023

Dossier N°: 270623-674 du: 27/06/2023

Médecin Dr :MAMOU NAOUFAL

23-002659

N°Chambre

Patient :Mme EL GHAZI GHIZLANE

| Analyses | Cotation | Montant |
|-----------------------------|----------|---------|
| NUMERATION FORMULE SANGUINE | 80 | 107,200 |
| GOT/ASAT | 50 | 67,000 |
| GPT/ALAT | 50 | 67,000 |
| Total B | | 180 |
| Montant de prélèvement | | 11,75 |
| Total en dirhams | | 200,00 |

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaa

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca

Tel: 279 52 68 00 - Fax: 279 52 68 40

Tel: 43 15 22 08 00 - Fax: 09 22 47 03 80 00 79

Email: direction@hpc.ma - Site web: www.hpc.ma

E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 27/06/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 270623-674 Pvt du: 27/06/2023 7:56

Mme EL GHAZI GHIZLANE

IPP Patient : 23-002659/23

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

| | | | | |
|-----------------|---|---------------------------------------|---------------------|--------------------|
| Globules blancs | : | 7 580 /mm ³ | (4000 - 10000) | 9690 (20/06/23) |
| Globules rouges | : | 3,82 10 ⁶ /mm ³ | (3,92 - 5,08) | 4,12 (20/06/23) |
| Hémoglobine | : | 11,20 g/dl | (11,9 - 14,6) | 11,90 (20/06/23) |
| Hématocrite | : | 33,80 % | (36,6 - 48) | 36,40 (20/06/23) |
| VGM | : | 88,30 fL | (82,9 - 98) | 88,40 (20/06/23) |
| TCMH | : | 29,20 pg | (27 - 32) | 28,80 (20/06/23) |
| CCMH | : | 33,10 g/dl | (32 - 36) | 32,60 (20/06/23) |
| Plaquettes | : | 387 000 /mm ³ | (150000 - 450000) | 415 000 (20/06/23) |

FORMULE

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---------|------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 75,90 % | Soit | 5753/mm ³ | (1500 - 7000) | 7655,10 (20/06/23) |
| Lymphocytes | : | 18,80 % | Soit | 1425/mm ³ | (1500 - 4000) | 1463,19 (20/06/23) |
| Monocytes | : | 4,30 % | Soit | 325/mm ³ | (100 - 1000) | 474,81 (20/06/23) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 0,60 % | Soit | 45/mm ³ | (50 - 500) | 67,83 (20/06/23) |
| Polynucléaires Basophiles | : | 0,40 % | Soit | 30/mm ³ | (10 - 100) | 29,07 (20/06/23) |

Mme EL GHAZI GHIZLANE**Dossier N° : 270623-674**

Page : 2/2

BILAN HEPATIQUE

| | | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|------------------------|---|-------------------------------|--|
| <u>GOT/ASAT</u> | : | 23 UI/l (Inférieur à 40) | 33 (20/06/23) 21 (06/06/23) 23 (16/05/23)~~~ |
| <u>GPT/ALAT</u> | : | 47 UI/l (Inférieur à 34) | 59 (20/06/23) 21 (06/06/23) 34 (16/05/23) ~~~ |

Aspect du sérum : Normal

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement