

# 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'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

M23-0024765

181006

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3259 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HAMZAoui abdellmalek  
 Date de naissance : 06-08-53  
 Adresse :  
 Tél. : 0676997721 Total des frais engagés : 1873,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur WAFDI Abderrahim  
Endocrinologue - Diabétologue  
2 Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

Date de consultation : 30/10/23  
 Nom et prénom du malade : EL HAMZAoui Abdellmalek Age: 70  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète sucré  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC 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 : CASA

Le : 01/11/2023

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 Paiement des Actes
21/10/19		2	300 m	<b>Docteur WAELI Abderrahim</b> <b>Endocrinologue - Diabétologue</b> 2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MANSOUR Angle Ave Hassan Saghir et Abou Hassan Saghir Madinat Estimont - Casa - Tél: 0522 23 17 06	30/10/23	503,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES TAJ KENZA 199, Boulevard El Mansour RD Gsm: 0678 99 19 50 / Fax: 0522 99 19 72	27/10/23	B 780 PJT	1070,20

# 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 :

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														
				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 CCEFFICIENT 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]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**

Diabète - Cholestérol - Hypertension  
Obésité - Thyroïde

Casablanca, le

الدكتور وافدي عبد الرحيم  
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمينة

54,30

89,00

120,00

120,00

120,00

Pharmacie AL MAWLIC  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghri  
Maarif Extension Casa - Tél: 0522 23 17 0

Docteur WAFDI Abderrahim  
Endocrinologue - Diabétologue  
2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**

Diabète - Cholestérol - Hypertension  
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم  
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمّنة

Casablanca, le 24/10/2023، الدار البيضاء

Mr. Wafdi Abderrahim

Mr. CRF

Je vous envoie, par la présente, le dossier médical de mon patient, M. [Nom], âgé de [âge] ans, résidant à [adresse].

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma haute considération.

Respectueusement, Dr. Wafdi Abderrahim

Dr. Wafdi Abderrahim

LABORATOIRE PORTE GHANDI

Dr LAZI Kenza

159, Bd. Yacoub El Mansour RDC - Casablanca  
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72

Gsm: 0678 99 19 70

Docteur WAFDI Abderrahim  
Endocrinologue - Diabétologue  
2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

2, زنقة عبد الله راجيع (بريني سابقا) - زاوية شارع ابراهيم الروداني - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.25.19.70

2, Rue Abdallah RAJAI (Ex. Pyrénées) - Angle Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél. : 05 22.25.19.70





مختبر التحاليل الطبية باب غاندي  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI  
Docteur TAZI KENZA  
Médecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Note D'honoraires

Casablanca , le 27/10/2023

Date : 27/10/2023

Patient : Mr EL HAMZAOUI Abdelmalek

Analyses	Valeur de B	Montant
HEMOGRAMME	80,00	107.20
GLYCEMIE A JEUN	30,00	40.20
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100,00	134.00
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100,00	134.00
UREE	30,00	40.20
CREATININE	30,00	40.20
ACIDE URIQUE	30,00	40.20
TRANSAMINASES	100,00	134.00
CHOLESTEROL TOTAL	30,00	40.20
CHOLESTEROL-HDL	40,00	53.60
CHOLESTEROL-LDL	40,00	53.60
TRIGLYCERIDES	50,00	67.00
MICROALBUMINURIE 24H	120,00	160.80
PRVT SANG VEINEUX	1,00	25.00
<b>TOTAL :</b>	<b>780,00</b>	<b>1 070,20</b>

LABORATOIRE PORTE GHANDI  
Dr TAZI KENZA  
159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca  
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72  
Gsm: 0678 99 19 50

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : mille soixante-dix Dirhams et 20 Centimes \*\*\*



LABORATOIRE PORTE GHANDI

# مختبر التحاليل الطبية باب غاندي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA  
Médecin Biologiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

Casablanca, le 27/10/2023  
Code Patient 13-00650

Nom : Mr EL HAMZAOUI Abdelmalek

Dossier N° : 271023-006

Prélèvement du: 27/10/2023 9

Demandé par Dr : WAFDI Abderrahim



### Compte rendu d'analyses

#### ANALYSES D'HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorités

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE (Automate SYSMEX XN-330)

GLOBULES ROUGES	:	5,09	$10^6/\text{mm}^3$	( 4,5 - 6 )	5,08 (03/08/22)
HEMOGLOBINE	:	14,90	g/dl	( 13 - 17 )	15,50 (03/08/22)
HEMATOCRITE	:	42	%	( 40 - 54 )	43 (03/08/22)
VGM	:	83	fL	( 80 - 95 )	85 (03/08/22)
TCMH	:	29	pg	( 27 - 32 )	31 (03/08/22)
CCMH	:	35	g/dl	( 32 - 36 )	36 (03/08/22)
GLOBULES BLANCS	:	5 080	$/\text{mm}^3$	( 4000 - 10000 )	5070 (03/08/22)
FORMULE LEUCOCYTAIRE					
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	:	65	%	3302 $/\text{mm}^3$	( 2000 - 7500 ) 3093 (03/08/22)
LYMPHOCYTES	:	24	%	1219 $/\text{mm}^3$	( 1500 - 4000 ) 1328 (03/08/22)
MONOCYTES	:	7,3	%	371 $/\text{mm}^3$	( 40 - 1000 ) 401 (03/08/22)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	:	3,3	%	168 $/\text{mm}^3$	( Inférieur à 500 ) 218 (03/08/22)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	:	0,4	%	20 $/\text{mm}^3$	( Inférieur à 150 ) 30 (03/08/22)
PLAQUETTES	:	180 000	$/\text{mm}^3$	( 150000 - 400000 )	169000 (03/08/22)

# Rapport de patient

Bio-Rad  
D-10  
N° Série: #DJ6F040304  
Id. de l'échantillon :  
Date d'injection  
N° d'injection : 7  
N° de portoir : ---

DATE : 27/10/2023  
HEURE : 13:16  
Version Logiciel : 4.20-2  
271023006  
27/10/2023 13:10  
Méthode : HbA1c  
Position du portoir : 7

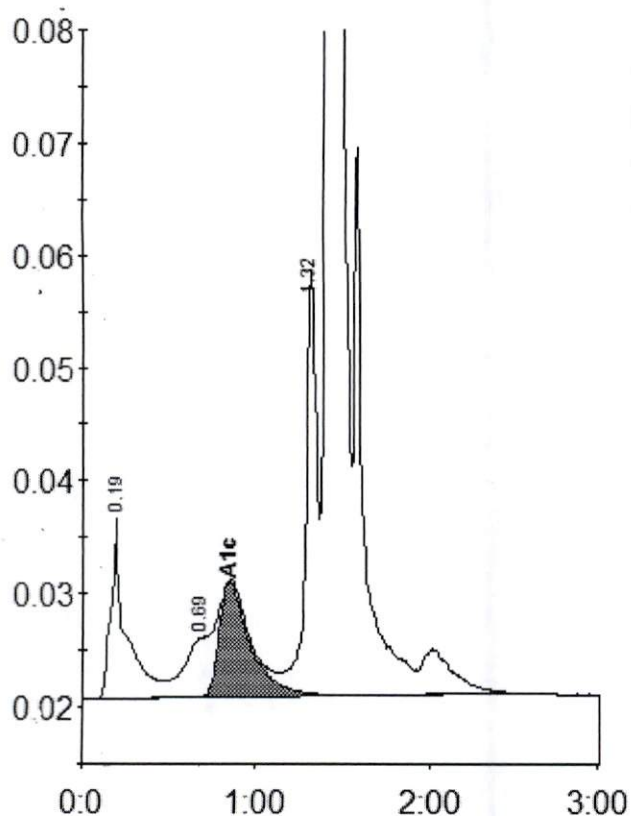


Table des pics - ID : 271023006

Pic	Tps.Ret	Hauteur	Aire	% Aire
A1a	0.19	15901	98804	3.5
LA1c/CHb-2	0.69	5292	44865	1.6
A1c	0.85	10357	124619	6.0
P3	1.32	37668	167533	6.0
A0	1.42	676900	2368134	84.5
Aire totale : 2803955				

Concentration :	%
A1c	6.0