

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-524494

ND: 31183

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4884 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAAROUFI Fouad  
 Date de naissance : 21.01.1940  
 Adresse : BP 5933 POSTE EL HARCHOURA  
 Tél. : 06 61 47 03 52 Total des frais engagés : 2216,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 17/05/2020  
 Nom et prénom du malade : Maaroufi Fouad  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Syndrome inflammatoire  
 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 12/05/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-524494

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4884  
 Nom de l'adhérent(e) : F. MAAROUFI  
 Total des frais engagés : 2216,50 Dhs  
 Date de dépôt : 19/06/2020



SELEVE 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
12/05/80		3	300 DH	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [Signature] William HARMON Médecin en Chef E : 10 Al Chikri Zaid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pht ou du Four	Date	Montant de la Facture
	12/05/20	336,50

ANALYSE RADIOGRAPHIQUES		Montant des Honoraires	
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date d'admission des Coefficients	Admission des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/05/2014	67,50	799,00
	26/05/2014	81,00	59,00

[illegible]

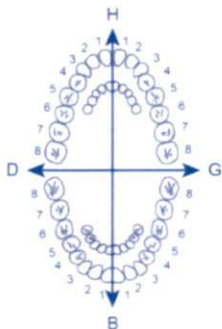
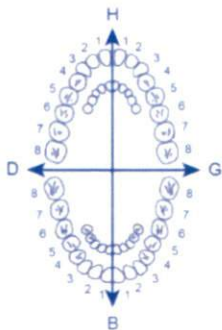
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Rabat, le 12/05/2020

Docteur .....

Dr Haroufi Fouad

187, r

1/ Belav 1g

1s - 3h - 8g

149, r

2/ Spectrum 500

1g - 2h - 8g

336, r

**PHARMACIE HARMOURA**  
Docteur Mohammed SRIAA  
15, Rue Dar Essalem Guy Villa 2024 HARMOURA  
Tél: 05 37 74 12 50 - E-mail: sblamed@hotmail.com

**Pr. Hicham HARMOUCHE**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Tél: 05 37 74 12 50  
Hôpital Cheikh Zaïd



LOT 200159  
EXP 01/2023  
PPV 149.50DH

CI:6357

500 ملغ  
عن طريق الفم

20 x 10

قرصا ملبسا

COOPER  
PHARMA

جدول (اللائحة 1) / 11

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

استعمل 20 يومه فقط

سبيكتروم

سيرفلوكساسين

Handwritten signature

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse

استعملين جنين استعمل سيرفلوكساسين أثناء الحمل

Fabriqué par / من صنع

COOPER  
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca

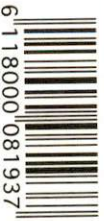
41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca

Pharmacien responsable :

Amina DAOUDI

Spectrum® 500 mg

Ciprofloxacin 20 Comprimés



Spectrum ciprofloxacin

500 mg Voie orale

Comprimés pelliculés

20 x 10





# أكلاف

أموكسيسيلين + حامض كلافيلانيك

1 غ / 125 مغ 24 كبسولا

LOT : 3863  
PER : 06-21  
P.P.V : 187DH00

مضاد حيوي  
عن طريق الفم



# Pharmacie Harhoura

Dr.SBIAA MOHAMMED  
0537741250  
15 RUE DAR ESSALAM GUY VILLE, HARHOURA TEMARA



Facture N° FAC-30855

Date : 15/05/2020

MR MAAROUFI FOUAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
ACLAV ST 1/125G/MG B24 SACHETS	1	187,00	187,00
SPECTRUM CO 500MG B20 COMP SECA	1	149,50	149,50

Total Organisme	0 DHS
Total Client	336,50 DHS
<b>Total</b>	<b>336,50 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent trente-six DHS et cinquante centimes

**PHARMACIE HARHOURA**  
Dr. Sbiaa Mohammed  
15 Rue Dar Essalam Guy Ville 12024 HARHOURA  
Tél: 05 37 74 12 50 - E-mail: sbiaa@hotmil.com

IF : 32800750 RC : 89016 ICE : 001539343000008

Tel : 0537741250

Adresse : 15 RUE DAR ESSALAM GUY VILLE, HARHOURA TEMARA



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Quittance N°



2 190 794

IPP : 1 482 237 N° de dossier : C202601541

DI : 2 485 667

Patient : MAAROUFI FOUAD

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 3003

Date d'encaissement : 12/05/2020

Description :

Medecin : C0279 HARMOUCHE HICHAM

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Cachet du dossier N° 1581444

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.





Rabat, le 12/09/2020

Docteur .....

Dr Haroufi Fouad

CLP (A faire dans  
10 jours).

Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed VI - Harhoura  
Tel: 0537 404 404/405

Dr. Hicham HARMOUCHE  
Spécialiste en Médecine Interne  
INPE - 10000 Rabat  
Hôpital Cheikh Zaïd





Rabat, le 12/09/2020

Docteur .....

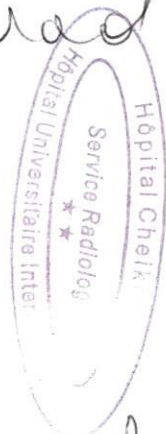
Dr Haroufi Fouad

RX thorax

+

Echographie abdomino-pelvienne

RC Syndrome inflammatoire



Pr. Hassan HAMMOUCHE  
Spécialiste en Médecine Interne  
N° 101106987  
Hôpital Cheikh Zaïd



# FACTURE N° : 200001218

TEMARA-HARHOURA le 26-05-2020

**Mr Fouad MAAROUFI**

Date de l'examen : 26-05-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	CRP Forfait prise de sang	B0	B
0370		B100	B
		E25	E

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 150.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams

Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed 6 num13 Temara-Harhoura  
Tel: 0537-404-404/405

INPE Biologiste : 107163552  
INPE Laboratoire: 103061248  
ICE : 001746065000088

Num IF : 18769369  
Num CNSS : 4703569  
Patente : 26963839









## Compte Rendu

IPP : 1482237

ID\_Dossier : X202602659

Patient : MAAROUFI FOUAD

PEC : PAYANT09

Date Examen : 12/05/2020 14:01:43

Etat CR : Validé

### ECHO ABDOMINO-PELVienne

Responsable du service :

- Résultat :

Pr. M. M. Cherkaoui

Permanents :

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabbaj

3 - Attachés :

Pr. A. El Quessar

Pr. I. Chami

Pr. L. Chat

Pr. M. Boujida

Pr. S. Bouklata

4 - Contacts :

+ 212 537 68 49 43

Accueil : 1406



13085591

- Foie de volume normal et d'échostructure homogène.
- Vésicule biliaire de paroi normale et de contenu liquidien homogène alithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques sont normales.
- Pancréas et rate d'aspect normal.
- Reins de situation normale, de contours réguliers et de dimensions normales. Ils présentent une bonne différenciation parenchymo-sinusale. Absence d'image de lithiase échographique. Absence de dilatation des cavités urétéro-pyélocalicielles.
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.
- Absence d'épaississement digestif.
- Absence d'adénomégale abdominale.
- Vessie de bonne capacité sans lésion endoluminale ni pariétale.
- Absence de masse pelvienne.
- Hypertrophie de la prostate 4 x 5 x 3,5 cm soit un volume de 40 ml.

PR CHERKAOUI MALKI MOHAMED R

Dr. CHERKAOUI MALKI MOHAMED  
Pr. Radiologie  
Hôpital Universitaire International  
Cheikh Zaïd





## Compte Rendu

IPP : 1482237

ID\_Dossier : X202602659

Patient : MAAROUFI FOUAD

PEC : PAYANT09

Date Examen : 12/05/2020 13:59:33

Etat CR : Validé

## RX POU MON F

## 1 - Responsable du service :

Pr. M. M. Cherkaoui

## 2 - Permanents :

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabbaj

## 3 - Attachés :

Pr. A. El Qessar

Pr. I. Chami

Pr. L. Chat

Pr. M. Boujida

Pr. S. Bouklata

## 4 - Contacts :

+ 212 537 68 49 43

Accueil : 1406

## - Résultat :

- Absence de lésion nodulaire ou de foyer d'allure évolutive.
- Respect de la silhouette cardiomédiastinale.
- Absence d'anomalie pleuro-pariétale.

PR CHERKAOUI MALKI MOHAMED R

Dr. CHERKAOUI MALKI MOHAMED  
Pr. Radiologie  
Hôpital Universitaire International  
Cheikh Zaïd



13085587



Dr.H.Mekouar

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)  
Ancien directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges  
Consultant scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Horaires: Lun-Ve: 7h30 - 18h30  
Sam: 7h30 - 13h00

Prises de sang à domicile:  
0537.404.404 / 405



الدكتور . ح . مكوار

خريج كلية لوفان (بلجيكا)  
مدير سابق لمختبرات بلجيكية  
خبير علمي لمجموعة المختبرات المتحدة (لوكسمبورغ - ألمانيا - بلجيكا)

الإثنين - الجمعة : 7.30 صباحا - 6.30 مساء  
السبت : 7.30 - 13.00

خدمة الزيارة المنزلية:  
0537 404 404 / 405

Code Patient 20040160  
Prélèvement du : 26-05-2020  
Edition : 26-05-2020

Mr MAAROUFI Fouad  
Date de naissance : 21-01-1940  
Référence : 20050738  
Médecin Dr HARMOUCHE Hicham



**BIOCHIMIE SANGUINE**  
ROCHE INTEGRA 400+ / Ortho Vitros 350

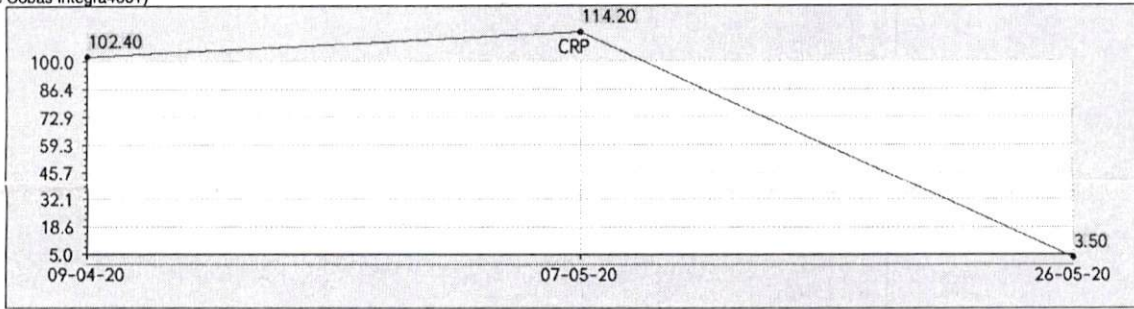
**BILAN INFLAMMATOIRE**

CRP  
(Roche Cobas Integra400+)

3.5 mg/L

(<5.0)

07-05-2020  
114.2



Dr H. MEKOUAR

Merci pour votre confiance

W19524934

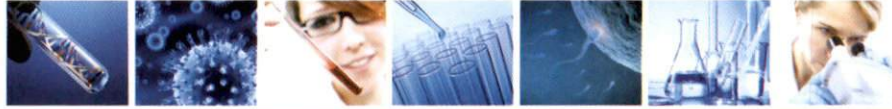


Dr.H.Mekouar

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)  
Ancien directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges  
Consultant scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Horaires: Lun-Ve: 7h30 - 18h30  
Sam: 7h30 - 13h00

Prises de sang à domicile:  
0537.404.404 / 405



الدكتور .ح. مكوار

خريج كلية لوفان (بلجيكا)  
مدير سابق لمختبرات بلجيكية  
خبير علمي لمجموعة المختبرات المتحدة (لوكسمبورغ - ألمانيا - بلجيكا)

الاثنين - الجمعة : 7.30 صباحا - 6.30 مساء  
السبت : 7.30 - 13.00

خدمة الزيارة المنزلية :  
0537 404 404 / 405

Code Patient 20040160  
Prélèvement du : 13-05-2020  
Edition : 14-05-2020

Mr MAAROUFI Fouad  
Date de naissance : 21-01-1940  
Référence : 20050381  
Médecin Dr HARMOUCHE Hicham



MARQUEURS TUMORAUX

ROCHE COBAS E411 / BOMERIEUX VIDAS

Antigène carcino-embryonnaire 1.80 ng/mL (<5.00)  
(ACE)  
(Roche COBAS E411)

Valeurs normales chez les fumeurs: <6.5 ng/mL

Antigène CA 19.9 3.6 UI/mL (<37.0)  
(Biomerieux, VIDAS)

BIOCHIMIE URINAIRE

ROCHE INTEGRA 400+ / Ortho Vitros 350

Diurèse des 24h 2 800 mL/24h  
Protéinurie (échantillon) 45.9 mg/L (<140.0)  
Protéinurie des 24h 128.5 mg/24h (<150.0)

Dr H. MEKOUAR

Merci pour votre confiance



# FACTURE N° : 200000942

TEMARA-HARHOURA le 13-05-2020

Mr Fouad MAAROUFI

Date de l'examen : 13-05-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105		B0	B
0177	Protéine (dosage)	B30	B
0359	ACE	B250	B
0364	Ca 19 9	B400	B
	Forfait prise de sang	E25	E

Total des B : 680

TOTAL DOSSIER : 790.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-dix dirhams

Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed 6 Num 1 Temara-Harhoura  
Tel: 0537-404-404/405

INPE Biologiste : 107163552  
INPE Laboratoire: 103061248  
ICE : 001746065000088

Num IF : 18769369  
Num CNSS : 4703569  
Patente : 26963839



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N° 2 190 844  
X202602659

DI : 2 485 703

PP : 1 482 237 N° de dossier :

Patient : MAAROUFI FOUAD

Montant : 640,00 Dh (six cent quarante et xx / 100)

Mode de paiement :

CARTE BANCAIRE

Date d'encaissement :

12/05/2020

Description : ECHO/RX

Medecin : E0934 CHERKAOUI MAHMOUD MOHAMED R

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance  
CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE RADIOLOGIE

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1581916





N° DE FACTURE : 2020/P/46145  
IPP : 1482237  
N ° DOSSIER : X202602659  
NOM & PRENOM : MAAROUFI FOUAD  
MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 12/05/2020  
DATE SORTIE : 12/05/2020  
DATE FACTURATION : 13/05/2020

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS

PRIX UNITAIRE

NOMBRE

MONTANT DH

TOTAL :

IMAGERIE MEDICALE

640,00



Arrêtée la présente facture à la somme de  
six cent quarante et xx / 100

TOTAL FACTURE

640,00

TOTAL ENCAISSEMENT

640,00

SOLDE

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD