

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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20100 - 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° W21-773056

Courrier

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9889 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : 162933

Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR

Date de naissance : 29/07/73

Adresse : RES FATINE APT 9 RUE AHMED
CHARCI CASA

Tél. : 0661162001 Total des frais engagés : 1320,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : YASSIR BENAMAR Age : 25

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

Nature de la maladie : Chronic

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 : 25/05/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-773056

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 : 9889
Nom de l'adhérent(e) : BENAMAR
Total des frais engagés : 1320,20
Date de dépôt :

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
21/09/23			255	INP : 1

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/09/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Orly Sud CAROLINE IBGHEI Docteur en Pharmacie ORLY SUD 19000 Tél : 01 49 75 70 00 - Fax : 01 49 75 70 01	06/08/23	72,09 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/08/23	B 280	1020,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ORLY SUD

BP 190

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190

912013828

Tel : 0149757470

INSEE:

Fact. Num. :

Date Fact. :

Date Ord. :

Medecin: SAMI GHITA

Code Op: 12

Malade: ASSABRANE Meryem

CASABLANCA

10737

06/03/2028

27/02/2028

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	JxSS
1	DOXYCYCLINE 100M	3400936175280	4,70	-	1,02	0
	G TEVA CPR SEC 3		Ordo: 10256	Lot: MB6704		
1	RUZEX 0,75% CR T	3400930059562	7,93	-	1,02	0
	UB 50G		Ordo: 10257			
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0

MONTANT TOTAL : 18,75

MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMC : 0,00

MONTANT ASSURE : 18,75

Ces montants s'entendent, avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article 3222 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

DR SAMI GHITA
Dermatologue - Vénérologue
241, Bd. Emir Zola, Anfa V, 1^{er} étage
Casablanca
Tél: 05 22 40 06 47/06 34 59 63 56

5/ Phydeaux HR Exam
1 Apr / 24 Usage
6/ Phydeaux Exame
1 Apr - 2/5 Interdiction
2/5

Dr SAMI Ghita

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau
Pathologies des cheveux et ongles
Dermatologie - Allergologie
Dermatologie Pédiatrique
Lasers médicaux
Dermatologie Esthétique



د. السامي غيثة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد
أمراض الشعر والأظافر
حساسية الجلد
الأمراض الجلدية عند الأطفال
العلاج بالليزر الطبي
طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le 27/02/23

Mme Meriem
Aelbmane

- 1/ Doxycycline 100 mg
1 Cp / J après Repas
- 2/ Rosex 1 App / J sur visage.
- 3/ Metro Rubo oil A2
1 App x 2 / J visage
- 4/ Demonolgyant Roselone 1 App x 2 / J
au bain

241, شارع إميل زولا، الطابق 7 بلفدير - الدار البيضاء

241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Apt 7, Belvédère - Casablanca

☎ 05 22 40 06 47

☎ 06 31 59 63 86

✉ dr.samighita@gmail.com

Alaoui Neryem

TANTAN

Residence TAMM:

0522-96-96-18.

Dr SAMI Ghita

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau
Pathologies des cheveux et ongles
Dermatologie - Allergologie
Dermatologie Pédiatrique
Lasers médicaux
Dermatologie Esthétique



د. السامي غيثة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد
أمراض الشعر والأظافر
حساسية الجلد
الأمراض الجلدية عند الأطفال
العلاج بالليزر الطبي
طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le 27/02/23

Dr me Meriem

Aselbane

NFS, P₉

for h nemi e

20 H/lt D₃

Laboratoire d'analyses
médicales du Phare
Av Dr Med Sijelmassi,
Rés Lalla Khadija, Casablanca
Tel: 0622 203236 Fax: 0622 203286

241, شارع إيميل زولا، الطابق 7 - الدار البيضاء
241, Bd. Emile Zola 4^{ème} étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

☎ 05 22 40 06 47 ☎ 06 31 59 63 86 ✉ dr.samighita@gmail.com

Dr Kaoutar MOUMILE

Pharmacien Biologiste - D.E.S de Biologie Médicale de l'Université Paris XI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris-Ancien Praticien Attaché en Microbiologie à l'hôpital Necker-Paris

Prélèvement effectué le : 02/05/23
Edition du : 02/05/23

Mme ASSABBANE MERYEM
Né (e) le : 21/04/1976
Référence : 23E26

Hématologie

NUMERATION GLOBULAIRE

(XP300, Sysmex)

			Normales (Femme Adulte)	Antériorités 02/09/2021
HEMATIES -----	4,08 *	M/mm ³	4,2 - 5,2	4,42
Hémoglobine -----	12,3	g/100 ml	12 - 16	13,0
Hématocrite -----	37	%	35 - 45	39
Volume globulaire VGM -----	92	μ3	85 - 95	89
Charge TGMH -----	30	pg	27 - 32	29
Concentration CCmH -----	33	g/100 ml	31 - 37	33
LEUCOCYTES -----	10 500 *	/mm ³	3500 - 10000	8600
Neutrophiles -----	68	%	2000 - 7500	4558
Eosinophiles -----	1	%	< 500	172
Basophiles -----	0	%	< 100	0
Lymphocytes -----	27	%	1500 - 4000	3440
Monocytes -----	4	%	< 1000	430
PLAQUETTES -----	291 000	/mm ³	150000 - 400000	343000

Biochimie

Ferritine -----	5,68 *	ng/ml	30 - 150	14,53
-----------------	--------	-------	----------	-------

(ELFA, Vidas, Biomérieux)

Vitamines

			Normales	Antériorités 18/02/2021
Vitamine D (25OH D2+D3) -----	25,00	ng/ml		<8,1
(ELFA, Vidas, Biomérieux)	Soit :	63		
		nmol/l		

Carence vitaminique : <10 ng/ml

Valeurs souhaitables : entre 30 à 60 ng/ml

Laboratoire d'analyses
Dr Kaoutar MOUMILE
Pharmacien Biologiste
Av. Dr Med. Sijelmassi,
Rés. Lalla Khaddouj, Casablanca
Tél : 0522 203236 Fax : 0522 203286

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

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

Rés. Lalla Khaddouj, Av. Med Sijelmassi, RDC. Bourgogne. Casablanca - Tél.: 05 22 20 32 36 - GSM: 06 97 50 56 72 - Fax: 05 22 20 32 86

Email: contact@laboratoireduphare.ma - Site web: www.laboratoireduphare.ma

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU PHARE

Résidence Lalla Khaddouj, Avenue Dr Mohamed Sijelmassi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 20 32 36 - Fax : 0522 20 32 86

Patente : 35615040
I.F. : 40530035
CNSS : 7700447
ICE : 001649183000006
INPE : 093060473

Casablanca le 2 mai 2023

Mme ASSABBANE MERYEM

FACTURE N°	1488
------------	------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Ferritine -----	B	250	
Vitamine D = 25 OH D2+D3 -----	B	450	Total : B 780

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	1 070,20 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Soixante Dix Dirhams et Vingt Centimes

Laboratoire d'analyses
médicales du Phare
Av. Dr Med Sijelmassi
Res. Lalla Khaddouj, Casablanca
Tél : 0522 203236 Fax : 0522 203286