

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

N° W21-806573

compte

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAN

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : Avenue Bir Kacem villa Hajou Soussi

Tél. : 0668815991

Total des frais engagés : 300

Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. A. ELIDRISSI LAMGHARI**

Cachet du médecin :

Hépto-Gastro-Entérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
35, Av. Fal Ould Oumeir, Appt. 5
Agdal - Rabat
INPE : 101 106 920

Date de consultation : 07/12/23

Nom et prénom du malade : Ben Kiran Sihan

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie microcytaire feriprivaire

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-806573

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
07/12/23	CS		800	INP : 101 106 920 Pr. A. EL IDRISSI LAMGHARI Hépatogastro-Entérologue Endoscopie Digestive Interventionnelle 35, Av. Far Ould Oumeir. Appt. 5 Agdal - Rabat INPE : 101 106 920

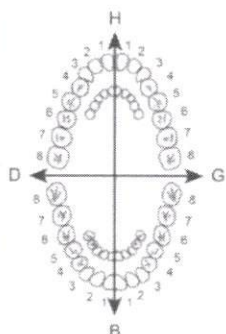
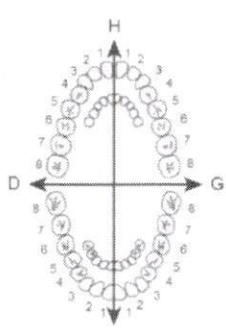
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[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																

Dossier ouvert le : 08-12-2023 à 07:31
Code patient : 23111482
Né(e) le : 14-11-1977 (46 ans)

Madame
BENKIRAN SIHAM
Dossier N° : 23120360
Prescripteur : Dr EL IDRISSI LAMGHARI

BACTERIOLOGIE – PARASITOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

Aspect :	Clair
Couleur :	Jaunâtre
Culot :	Peu abondant

Examen biochimique:

Albumine:	0,00 g/l
Sucre:	0,00 g/l
Corps cétoniques:	Négative
pH:	6,0

Examen direct

Leucocytes :	1 /mm ³	(<10)
Hématies :	0 /mm ³	(<5)
Cellules épithéliales :	Rares	
Cylindres :	Absence	
Cristaux :	Absence	
Levures :	Absence	
Parasites :	Absence	

Examen bactériologique

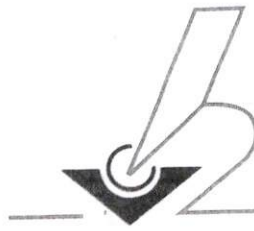
Coloration Gram : Absence de germes

Culture :

Sur milieux spécifiques : Stérile après 24 heures d'incubation

Sur gélose Sabouraud : Absence de Candida albicans

Laboratoire d'Analyses
Biologiques et Parasitologiques
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél: 05 37 70 80 82 / 05 37 70 80 82
Fax: 05 37 70 12 40



Dossier ouvert le : 08-12-2023 à 07:31
Code patient : 23111482
Né(e) le : 14-11-1977 (46 ans)

Madame
BENKIRAN SIHAM
Dossier N° : 23120360
Prescripteur : Dr EL IDRISSI LAMGHARI

Dosage immunologique de sang dans les selles
(1er jour)

Date du recueil : 09-12-2023
Résultat : 15,00 ng/ml (<75,00)
3 µg/g (<15)

Valeurs normales:
Négatif < 75 ng/ml (< 15 µg/g de selles)
POSITIF > 75 ng/ml (> 15 µg/g de selles)

CONCLUSION

Dosage immunologique de sang dans les selles Négatif

Laboratoire d'Analyses
Biologiques et Chimiques
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél: 05 37 70 80 82 / 05 37 70 80 82
Fax: 05 37 70 80 82