

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 - 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



Déclaration de Maladie

M22- 154854

155156

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5088 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHAZRAJI BAHITA

Date de naissance : 13/09/55

Adresse :

Tél. : 06 61 06 44 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE MED JALH
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJATE - CASA

Date de consultation : 07.FEV. 2023

Nom et prénom du malade : EL KHAZRAJI BAHITA Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 14/02/2023

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 attestant le Paiement des Actes
07 FEV. 2023		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/02/23	136,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/02/23	B80 + PC/15	132,00 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 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

Dr. Mohammed Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبنواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز في الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو في الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

07/02/2023

Casablanca, le.....

MME EL KHAZRAJI BAHJA

(145006)

• hemofast

1 suppo, le matin et soir pendant 18 jours

• Avenoc

1 application sur suppo le matin et soir pendant 18 jours

4900

BOTTU SA
PPV: 49 DH 00

136,00

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AÏN TAOUJTATE, CASA

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadiri Hassan Fatima
63, Rue Mamoun Mohamed

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

13، زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الثاني (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء

13, Bd. Aïn Taoujtate - Résidence ILIAS - 2ème Etage (en face de la Clinique Badr) - Casablanca

الهاتف/الفاكس : 05 22 27 03 53 / Tél. / Fax :

Dr. Mohammed Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastro-entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبنواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز في الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو في الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

07/02/2023

Casablanca, le.....

MME EL KHAZRAJI BAHJA

- NFS Plq



LABO SOCRATE
مختبر الـ سقراط
Laboratoire de diagnostic biologique
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imme C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

13، زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الثاني (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء

13, Bd. Ain Taoujate - Résidence ILIAS - 2ème Etage (en face de la Clinique Badr) - Casablanca

الهاتف/الفاكس : 05 22 27 03 53 / Tél. / Fax :

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091 ICE 000114556000027

INPE 0093001964



Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 230000634

CASABLANCA le 09-02-2023

Mme Bahija EL KHAZRAJI

Demande N° 230209A009

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 09-02-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS 0216	Prélèvement sang	E25	E	25.00 MAD
	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
Total				132.20 MAD

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 132.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente-deux dirhams vingt centimes

LABO SOCRATE
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél: 0522 23 36 03 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo.socrate@menara.ma

Code Patient : 140621A010
 Date de l'examen : 09-02-2023

Saisie le 09-02-2023 09:39

Mme Bahija EL KHAZRAJI
 Réf : 230209A009
 Prescription : Dr MED JALIL BENKIIRANE

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

			12-01-2023
Leucocytes :	6 590 /mm ³	(3 600-10 500)	5 850
Hématies :	4.37 10 ⁶ /mm ³	(3.85-5.20)	4.73
Hémoglobine :	12.90 g/100mL	(11.80-15.80)	13.80
Hématocrite :	38.5 %	(35.0-45.5)	41.0
VGM :	88 µ ³	(80-101)	87
TCMH :	29.5 pg	(27.0-34.0)	29.2
CCMH :	33.5 %	(30.0-36.0)	33.7

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI



Page 1 sur 2

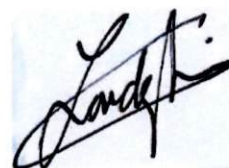
230209A009 – Mme Bahija EL KHAZRAJI

Date de l'examen : 09-02-2023

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	59.9 %		59.8
Soit:	3 947 mm ³	(1 500-7 700)	3 498
Polynucléaires Eosinophiles :	1.1 %		0.5
Soit:	72.5 mm ³	(20.0-500.0)	29.3
Polynucléaires Basophiles :	0.3 %		0.3
Soit:	19.8 mm ³	(0.0-200.0)	17.6
Lymphocytes :	32.6 %		30.9
Soit:	2 148.3 mm ³	(1 200.0-6 000.0)	1 807.7
Monocytes :	6.1 %		8.5
Soit:	402.0 mm ³	(100.0-900.0)	497.3
Plaquettes :	284 000 mm³	(160 000-370 000)	279 000

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI



Page 2 sur 2