

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-820454

176902

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 110923 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBENCHEKROUN IMANE

Date de naissance : 05-10-77

Adresse : 68, Bd Sidi Abdelrahman, App4.

Tél. : 0646182181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL BENNA EL HASSER
PEDIATRE
34 Rue SOKRATE Res SABAT
Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 98 03 46

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bengach, Imane Age :

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

Nature de la maladie : Hémophilie

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 Le : 27-10-2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
26.9.23	C2	1	300	

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
	26/09/23	B460 TPC1.5	641400H

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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	
	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														

Date : 26-9-23

ORDONNANCE

Bargach. Ines

- NF. Peritine
glycine. A l'analyse

Dr EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 RUE SOCRATE EL ASSABAH
Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 98 03 46

LABO SOCRATE
Rés. Mourel, Rue Socrate, Im. CHA-20 000 Casablanca
Tél : 0522 23 34 03 / 0522 23 34 65 - Fax : 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@gmail.com

MR

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° : 230003974

CASABLANCA le 26-09-2023

Mlle Ines BARGACH

Demande N° 230926A002

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 26-09-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS	Prélèvement sang	E25	E	25.00 MAD
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B	67.00 MAD
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B	67.00 MAD
0118	Glycémie	B30	B	40.20 MAD
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
	Ferritine	B250	B	335.00 MAD
Total				641.40 MAD

Total des B : 460

TOTAL DOSSIER : 641.40DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quarante et un dirhams quarante centimes

LABO SOCRATE
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm 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

Code Patient : 230926A002
Date de l'examen : 26-09-2023

Saisie le 26-09-2023 08:01

Mlle Ines BARGACH
Réf : 230926A002
Prescription : Dr EL HASSAN EL BENNA

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

Leucocytes :	5 250 /mm ³	(4 500-11 400)
Hématies :	4.79 10 ⁶ /mm ³	(4.34-5.14)
Hémoglobine :	13.60 g/100mL	(12.00-15.40)
Hématocrite :	41.1 %	(35.5-45.0)
VGM :	86 µ ³	(78-93)
TCMH :	28.4 pg	(27.7-30.7)
CCMH :	33.1 %	(30.0-36.0)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	56.2 %	
Soit:	2 951 mm ³	(1 700-7 900)
Polynucléaires Eosinophiles :	1.7 %	
Soit:	89.3 mm ³	(20.0-650.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.6 %	
Soit:	31.5 mm ³	(0.0-200.0)
Lymphocytes :	34.3 %	
Soit:	1 800.8 mm ³	(1 200.0-5 200.0)
Monocytes :	7.2 %	
Soit:	378.0 mm ³	(350.0-750.0)
Plaquettes :	315 000 mm ³	(170 000-400 000)

230926A002 – Mlle Ines BARGACH
Date de l'examen : 26-09-2023

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun (Hexokinase G6PD-H)	1.03 g/L 5.72 mmol/L	(0.74–1.06) (4.11–5.88)
Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	15 UI/L	(10–35)
Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	7 UI/L	(<33)
Ferritine (Dosage CMA)	22.4 ng/mL	(15.0–400.0)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI