

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

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 : N° S19-0018498

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 558 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : PACIFICO Christiane Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018498

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous couvert confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

SPITALISATION EN CLINIQUE
SPITALISATION EN HOPITAL
SPITALISATION EN SANATORIUM OU
VENTORIUM
UR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
es répétées en plusieurs séances ou actes
ux comportant un ou plusieurs échelonnées
le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 884724


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : PACIFICO Christiane BENJELLOUN
Matricule : 0558 Fonction : Poste :
Adresse : 22 Rue ABOU-ABBES ASFI Maarif Extension
Tél. : 0522 98 94 77 Signature Adhérent : Pacif'07

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Pacifco Christiane BENJELLOUN Age : 03 | 01 | 45
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Aggravation de l'asthme
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A CASABLANCA le 30 / 10 / 19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois


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
09/10/19	Co		300	
	Echelle		400	

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
	30/10/19	B. 1480 + P.C. 1.5	2008,20 DH

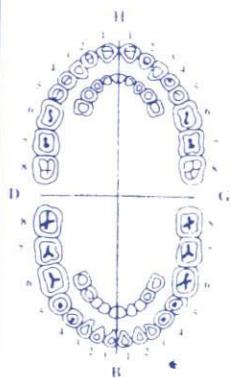
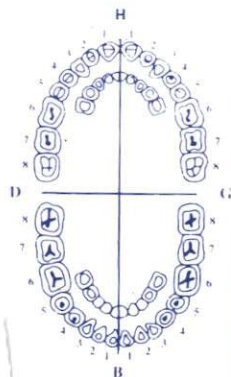
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANT 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"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

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 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 190007899

CASABLANCA le 08-11-2019

Mme Christiane PACIFICO EP BENJELLOUN

Demande N° 191030A003

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 30-10-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	ACE	B250	B
	Prélèvement sang	E25	E
	Groupe Sanguin	B60	B
0103	TSH	B250	B
0111	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
0118	Créatinine	B30	B
0135	Glycémie	B30	B
0141	Urée	B30	B
0143	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B30	B
0146	Phosphatases alcalines	B50	B
0147	Transaminases O (TGO)	B50	B
0216	Transaminases P (TGP)	B50	B
0236	Numération formule	B50	B
0239	Taux de prothrombine	B80	B
0362	Temps de céphaline: TCK	B40	B
	Ca 125	B40	B
		B400	B

Total des B : 1480

TOTAL DOSSIER : 2008.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille huit dirhams vingt centimes

LABO SOCRATE
Rég. Masurel Angle Masurel IMM N°4 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 23 36 03 / 23 34 65 - Fax : 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@medina.ma

191030A003 – Mme Christiane PACIFICO EP BENJELLOUN
Date de l'examen : 30-10-2019

BILAN ENDOCRINIEN

TSH
(Dosage CMIA)

2.23 mUI/L (0.25–5.00)

01-12-2018

2.57

MARQUEURS TUMORAUX

ACE
(Dosage CMIA)

1.82 ng/mL (<5.00)

Intervalle de références:

Non-fumeurs < 5 ng/mL

Fumeurs < 10 ng/mL

CA 125
(Dosage CMIA)

8.0 U/mL (<35.0)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

LABO SOCRATE
مختبر التحليلات الطبية سقراط
Boulevard de l'Indépendance, N°4 20 000 Casablanca
Tél: 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax: 05 22 25 85 08
Email: labo.socrate@menara.ma

Page 4 sur 4

مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Bactériologie - Biochimie
Hématologie - Mycologie
Parasitologie Virologie

Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

191030A003 – Mme Christiane PACIFICO EP BENJELLOUN

Date de l'examen : 30-10-2019

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée (Dosage enzymatique)	0.33 g/l	(0.15–0.50)	01-12-2018
	5.50 mmol/l	(2.50–8.33)	0.42
Créatinine jaffé (Dosage cinétique)	8.9 mg/L	(5.0–11.0)	01-12-2018
	78.8 µmol/L	(44.3–97.4)	9.3
Glycémie à jeun (Hexokinase G6PD-H)	1.08 g/L	(0.83–1.10)	01-12-2018
	5.99 mmol/L	(4.61–6.11)	0.99
Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	23 UI/L	(10–35)	01-12-2018
			20
Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	12 UI/L	(<33)	01-12-2018
			10
Phosphatase alcaline (PAL) (Dosage enzymatique)	77 UI/L	(35–109)	
Gamma glutamyl-transferase (GGT) (Dosage enzymatique)	10 UI/L	(5–36)	01-12-2018
			10
Bilirubine totale	6.7 mg/L	(0.0–12.0)	
	11.5 µmol/L	(0.0–20.5)	
Bilirubine conjuguée (directe) (Diazoréaction)	1.9 mg/L	(0.0–3.0)	
	3.2 µmol/L	(0.0–5.1)	
Bilirubine libre (indirecte) (calculée)	4.8 mg/L	(0.0–11.0)	
	8.2 µmol/L	(0.0–18.8)	

LABO SOCRATE
Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 23 36 03 / 23 34 65 - Fax : 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 3 sur 4

191030A003 – Mme Christiane PACIFICO EP BENJELLOUN

Date de l'examen : 30-10-2019

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

*Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Groupe sanguin ABO
Rhésus (D)

A
Positif

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE **(Automate STAGO STA Compact)**

Taux de Prothrombine (Technique chronométrique sur STA Satellite(STAGO))	100 %	(70-100)
INR :	1.00	
Temps de Quick Patient:	13.3 sec.	
Temps de Quick Témoin:	13.3 sec.	

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

TCK Temps patient (Technique chrométrique sur STA Satellite(STAGO))	26.4 sec.	(27.0-37.0)
TCK Temps témoin	31.0 sec.	
TCK Ratio patient/témoin	0.85	(<1.20)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

LABO SOCRATE
مختبر التحليلات الطبية سقراط
Rég. Massara Angles de Socrate, Imm N°4 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 23 36 03 / 23 34 65 - Fax : 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

Page 2 sur 4

Code Patient : A181140066
Date de l'examen : 30-10-2019

Saisie le 30-10-2019 08:05

Mme Christiane PACIFICO EP BENJELLOUN
Réf : 191030A003
Prescription :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

			01-12-2018
Leucocytes :	4 280 /mm ³	(3 600-10 500)	3 620
Hématies :	4.75 10 ⁶ /mm ³	(3.85-5.20)	4.51
Hémoglobine :	13.70 g/100mL	(11.80-15.80)	13.00
Hématocrite :	39.4 %	(35.0-45.5)	36.9
VGM :	83 µ ³	(80-101)	82
TCMH :	28.8 pg	(27.0-34.0)	28.8
CCMH :	34.8 %	(30.0-36.0)	35.2

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	52.9 %		43.4
Soit:	2 264 mm ³	(1 500-7 700)	1 571
Polynucléaires Eosinophiles :	1.6 %		2.5
Soit:	68.5 mm ³	(20.0-500.0)	90.5
Polynucléaires Basophiles :	0.7 %		0.8
Soit:	30.0 mm ³	(0.0-200.0)	29.0
Lymphocytes :	36.2 %		40.6
Soit:	1 549.4 mm ³	(1 200.0-6 000.0)	1 469.7
Monocytes :	8.6 %		12.7
Soit:	368.1 mm ³	(100.0-900.0)	459.7
Plaquettes :	229 000 mm ³	(160 000-370 000)	252 000

LABO SOCRATE
مختبر التحليلات الطبية سقراط
Dr Abdellatif LOUDGHIRI, Pharmacien Biologiste
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université René Descartes Paris V
Email : labo.socrate@menara.ma

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 1 sur 4



Dr. Niâma BENZZOUZ BERRADA

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ile de France

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage

Tél. 05 22 23 50 86 - Fax 05 22 23 50 87 - Urgences : 06 61 93 99 3

E-mail : bniâma@hotmail.com

ECHOTOMOGRAPHIES PELVIENNES

N° :

09 OCT 2019

Date :

Nom :

PACIFICO

Prénom :

CHRISTIANE

Age :

03/01/1945

Adressé par le Docteur :

Pour :

BENJELION
ballonnement oblongue

Pare :

2

Geste :

2

D.R.N. :

T.T. :

A.T.C.D. :

COMPTE - RENDU :

Uterus

① Position : Laterodeviation *me dév*
Version et flexion *retroverse retroflexe*

② Forme et taille de l'utérus : Longueur *34*
Largeur *23*
Epaisseur *6*

③ Echostructure utérine : Myometre *RTS*
Cavité utérine *RTS*
Col utérin *RTS*

avec liquide intra-utérin (hydrométrie)

Vagin

RTS

Trompes

RTS

Ovaires

kyste

ovaire

short

cloison ob 33 x 26

si ovaire

à explorer

Dr. NIÂMA BENZZOUZ BERRADA
Chirurgien Gynécologue Accoucheur
119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca
Tél. 05 22 23 50 86 / Fax : 05 22 23 50 87



Dr. Niâma BENAZZOUEZ BERRADA

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ile de France

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI "B" 3ème étage

Tél.: 022 23 50 86 - Fax : 022 23 50 87 - Urgences : 061 93 99 33

E. mail : bniama@hotmail.com

Casablanca, le :

09 OCT. 2019

Madame : *pacifico christiane*
née le :

Faire pratiquer (bilan périodique) ;

☒ Numération Formule Sanguine . Plaquettes.

☒ Groupe Sanguin, Facteur Rhésus, Phénotype Kell

☒ T.P.

☒ T.C.A

⇒ Tempes de saignement

⇒ Recherche d'agglutinines irrégulières

CA 125

- *Anti-Créat*

ACE

- *Bilan hépato*

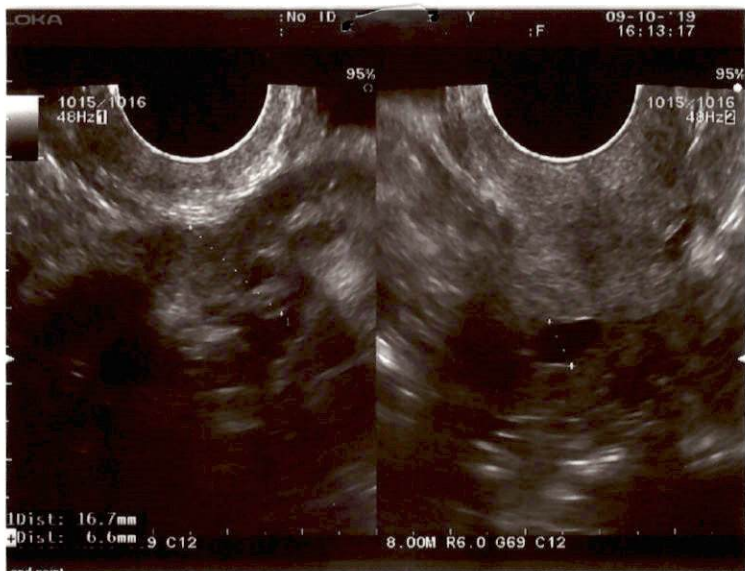
TSH us

glycémie a je

Dr. NIAMA BENAZZOUEZ BERRADA
Chirurgien Gynécologue
119, Bd. Bir Anzarane
Casablanca



NE PAS ASSOCIER D'AUTRE MEDICAMENTS A CEUX PRESCRITS SANS AVIS MEDICAL



DATE	RESULTATS	LABORATOIRE

CARTE DE GROUPE SANGUIN

Nous vous conseillons de conserver
sur vous, avec vos papiers d'identité,
cette carte de groupe sanguin.

Rés. Masurel
Angle Rue Socrate & Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4
20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65

Nom

Prénom **PACIFICO EP BENJELLOUN**

Sexe : F

Date de naissance : **Christiane**
03-01-1945

Première détermination

Date :

30-10-2019

Laboratoire

Signature du biologiste

Groupe ABO :

Rhésus :

Phénotype :

A
Positif

Première détermination

Date :

Laboratoire

Signature du biologiste

Groupe ABO :

Rhésus :

Phénotype :

Cette carte n'est valable qu'après une deuxième détermination effectuée sur un second prélèvement.