

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

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

Declaration de Maladie

N° W19-419288

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : MOUNTASSIR AYUB

Matricule : 12633 Société : RAM

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

Nom & Prénom : MOUNTASSIR AYUB

Date de naissance : 10/05/1988

Adresse : La perle Noire 1 Immeuble Apt 11 Nouaceur-Casa

Tél. : 0670265350 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 06 Sept 2019

Nom et prénom du malade : MOUNTASSIR Amel Age :

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

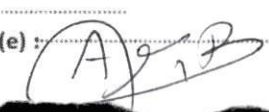
Nature de la maladie : asthme bronchique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 SEP 2019

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 18/09/19

Signature de l'adhérent(e) : 

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06 sept 2013	08	1	2500	Dr. Amal BOUGHNAM PEDIATRE ALGEROLOGUE 120, Bd. Mir. idjisse 1er - Cas 3 Tél: 672.86.02.59

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
06/05/15		00.50	

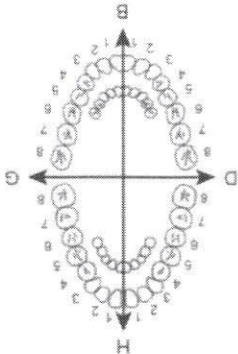
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue		Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
09.12.14		3.12.00	1560.24	

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

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VOLET ADHERENT

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

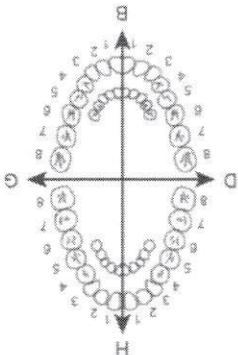


DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DE L'EXECUTION

DATE DU DEVIS

MONTANTS DES SOINS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

FIN D'EXECUTION

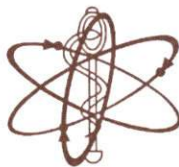
DEBUT D'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRAICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRAICIEN ATTESTANT L'EXE



FACTURE N° 1909110054

Enf Camelia MOUNTASSIR

Demande N° 1909110054

Date de l'examen : 11-09-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
EPIC	Prélèvement avec épicroânienne	E35	E
	Ac anti-Transglutaminase IgA	E350	E
	Ferritine	B250	B
	NF	B80	B
	IGE SPECIFIQUES SERIQUES F76 - Alpha-lactalbumine	E250	E
	IGE SPECIFIQUES SERIQUES F77 - Trophallergènes unitaires Bêta-lactaglobuline	E250	E
	IGE SPECIFIQUES SERIQUES F78 - Trophallergènes unitaires Caséine	E250	E

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 1560 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1560 DH



Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

Casablanca, le 6 Septembre 2019

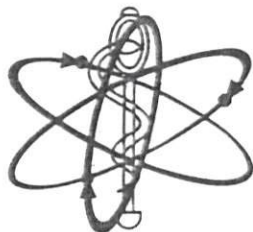
Nourrisson MOUNTASSIR Camelia

- NFS et ferritine
- AC anti-caseïne
- AC anti -alphalactalbumine
- AC anti -bétalactoglobuline
- AC antitranglutaminases (Ig A)

CERMA FRANCE w
BOONIS

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal Boughnama
PÉDIATRE - ALLERGOLGUE
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casa
Tél. 022.86.02.59





Enf Camelia MOUNTASSIR

Né(e) le : 07-02-2019

Dossier N° : 1909110054

Date de l'examen : 11-09-2019

Prélevé le : 11-09-2019 11:28 en interne

Edité le : 12-09-2019

DR : Dr AMAL BOUGHNAMA

Adresse : 120 BD MOULAY IDRIS 1ER

Page 1 / 2



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	10.00	milliers/ μ l	(7.10-15.90)
Hématies : [AC]	4.24	millions/ μ l	(4.00-6.00)
Hémoglobine : [AC]	12.5	grs/dL	(13.5-19.5)
Hématocrite : [AC]	36.8	%	(44.0-64.0)
VGM : [AC]	87.0	μ 3	(100.0-112.0)
TCMH : [AC]	29.5	pg	(30.0-38.0)
CCMH : [AC]	34.1	g/dl	(32.0-36.0)
RDW : [AC]	13.0	%	(11.0-16.0)
Polynucléaires Neutrophiles :	22.8	%	
Soit:	2.28	milliers/mm ³	(0.77-8.10)
Polynucléaires Eosinophiles :	3.9	%	
Soit:	0.39	milliers/mm ³	(0.00-0.97)
Polynucléaires Basophiles :	0.9	%	
Soit:	0.09	milliers/mm ³	(0.02-0.28)
Lymphocytes :	66.1	%	
Soit:	6.61	milliers/mm ³	(2.58-12.27)
Monocytes :	6.3	%	
Soit:	0.63	milliers/mm ³	(0.13-2.29)
Plaquettes : [AC]	459	milliers/ μ l	(200-400)

BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine [AC]	55.7	ng/mL	(12.0-327.0)
-----------------------	------	-------	--------------

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

Changement de technique et de valeurs normales à partir du 04/08/2017.

AUTO-IMMUNITE

Echantillon primaire : Sérum

Ac anti Transglutaminase IgA	<0.1	U/ml	(<7.0)
-------------------------------------	------	------	--------

(EliA Celikey IgA (Thermo Fisher Scientific))

Interprétation :

< 7 U/ml : Négatif

7 - 10 U/ml : Taux limite

> 10 U/ml : Positif

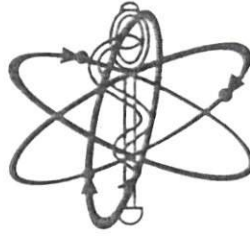
Commentaire:

A interpréter en fonction du résultat du dosage des IgA totales et en l'absence de régime alimentaire sans gluten.

Confirmité
Fekak

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Ent Camelia MOUNTASSIR

Né(e) le : 07-02-2019

Dossier N° : 1909110054

Date de l'examen : 11-09-2019

Prélevé le : 11-09-2019 11:28 en interne

Edité le : 12-09-2019

cofrac



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

DR : Dr AMAL BOUGHNAMA

Adresse : 120 BD MOULAY IDRIS 1ER

Page 2 / 2

ALLERGIE

DOSAGE D'IgE SPECIFIQUES (PHADIA 250)

F76-(Lait,alpha-lactalbumine) (ImmunoCAP PHADIA)	<0.01 kU/l
F77-(Lait,beta-lactoglobuline) (ImmunoCAP PHADIA)	0.02 kU/l
F78-(Lait, caséine) (ImmunoCAP PHADIA)	0.02 kU/l

Les IgE spécifiques unitaires sont quantifiables entre 0,10 kU/l et 100,00 kU/l.

Un résultat supérieur ou égal à 0,10 kU/l traduit une sensibilisation à l'allergène testé.

Les résultats sont à interpréter en fonction de la clinique et des tests cutanés.

