

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° W19-468404

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11409 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TALIE HICHAM
 Date de naissance : 09/11/70
 Adresse :
 Tél : 0664 304417 Total des frais engagés : 856,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hicham Benkhadra Benabderrazik
 Pédiatre Spécialiste
 416, Anoual Capital Center Bd. Abdelmoumen
 Angie Bd. Anoual Entrée - A - Bur N° 9 - 1er Etage
 Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet 06 59 93 11 11
 Fax : 05 22 86 15 32 - Urgence 06 63 05 28 12
 ICE 00208641000045 - INPE 091023374
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/11/19
 Nom et prénom du malade : TALIE YALOU P. DINA Age : 30 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : femme
 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 29 NOV 2019
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
08/11/19	C ₃		289,50	INP : 0811023BA4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/19	406,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

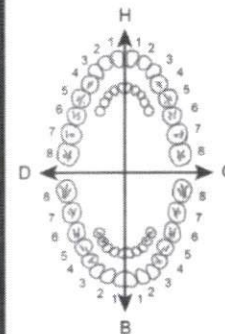
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/11/19	B: 150	2000,4

AUXILIAIRES MEDICAUX

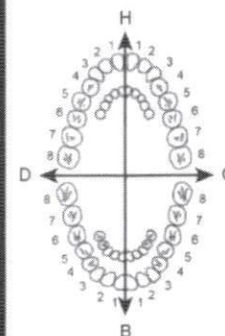
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بليبج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 08.11.2019

Enfant TALIQ Dina

Age : 3 ans 9 mois

Poids : 14,20 Kg

1 DOLIPRANE 200 mg suppos : B/10

un suppo toutes les 6 heures pendant

2 NODOL FEN SIROP

1 dose/ kg toutes les 6 h pendant 2 jours

3 AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p sus

2 boîtes

1 dose/ kg le matin, à midi et le soir, au

4 ENTEROGERMINA

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 5 jours

5 APIXOL SIROP

Prendre 1 cuillerée à café le matin et le soir, pendant 5 jours

6 ZENTEL 0,4g/10ml susp buv : FI/10ml

2 boites

une prise unique à répéter 7 jours plus tard

Dr Hanane BENKHADRA

عبد المومن زاوية المنوع النوازل المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27

— benkhadrahanan@gmail.com — **Urgence : 06.63.05.28.12 : المستعجلات** — Fax : 05 22 86 15 32 —

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)

urgent

TALIA DINA

Enff TALIA Dina
19-01-2016



A coller sur l'ordonnance

ECBU

*+ recherche
glucose*

LABORATOIRE GLAL
Docteur FILALI Mounir
93, Boulevard Anoual
INPE: 090611001 - TP: 36336941

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
Pédiatre Spécialiste
416, Anoual Capital Center, Bd. Abdelmoumen
Angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage
Tél: 05 22 86 37 27 - Urgence: 06 63 05 28 12
Fax: 05 22 86 15 32 - Urgence: 06 63 05 28 12
ICE: 002063641000043 - NPE: 091023374

Casablanca, le *11/11/15*

Reçu

Enff Dina TALIQ

Né(e) le : 19-01-2016

Saisie par : BMA/ 08-11-2019 18:22

Analyses : CBU, ATB Entérobactéries, RC, ID

RETRAIT LE : 09-11-2019

N° Dossier : 1911082043



Montant total : 200 DH

Payé : 200 DH

Reste : 0 DH

[Signature]

Prescripteur : Dr. Hanane BENKHADRA BENABDERRAZIK

E-Mail : benkhadrahanane@hotmail.com – Tel : 05.22.86.37.27 – Fax :

FACTURE N° : 1911082043

Casablanca le 08-11-2019

Enff Dina TALIQ

Demande N° 1911082043

Date de l'examen : 08-11-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B
0242	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams

LABORATOIRE GLAB
Docteur Mounir Filali
93, Boulevard Anoual
MPE: 9305111 - Tél: 36336941

Edition le Samedi 09 Novembre 2019 à 12:08

Enff Dina TALIQ
14 RUE IBNO KHOTAIBA

20000 CASABLANCA

Dr. Hanane BENKHADRA BENABDERRAZIK
293, Bd Abdelmoumen Imm Morjana 1er étage

20000 CASABLANCA

Résultats de Enff Dina TALIQ

Né(e) le 19-01-2016

Dossier : 1911082043

Prélevé le : 08-11-2019 à 18:21 par Malika BENKAIBAL

Dossier enregistré le: 08-11-2019 à 18:22

Compte-rendu annule et remplace le rapport du 08-11-2019

Intervalles de référence

Antériorités

INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Identité du patient :

Identité du patient non contrôlée sur papiers officiels

CYTOBACTERIOLOGIE URINAIRE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil
Traitement ATB en cours ?
Antibiotique :
Aspect
Couleur

Au Laboratoire
NON, pas de traitement en cours
Donnée inconnue du LAM
Limpide
Jaune

CHIMIE

Glucosurie
Albumine
Sang
corps cétoniques
Nitrite
pH

Négative
Positive
Recherche négative
Recherche positive
Recherche négative
6.0

Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir FILALI

EXAMEN AU DIRECT

Numération des Leucocytes	<10 /mm ³	(<10)
Numération des Hématies	<5 /mm ³	(<5)
Cellules épithéliales	Rares cellules épithéliales.	
Cristaux	Absence de cristaux.	
Cylindres	Absence de cylindres.	
Levures	Absence	
Trichomonas vaginalis	Absence	

COLORATION

Coloration de Gram	Absence de germes.
--------------------	--------------------

EXAMEN APRES CULTURES

Numération des germes	Absence de germes.
-----------------------	--------------------

Identification
(Culture sur milieu d'enrichissement chromogène)

CONCLUSION Culture stérile après 24h.

NB: Le laboratoire ne réalise les antibiogrammes qu'en cas d'infection urinaire possible ou avérée.

Dossier validé biologiquement par Docteur Mounir FILALI