

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 canalaire, 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 canalaire.

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

135097

Déclaration de Maladie : № P19-0000864

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11109 Société : RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABBAK YOUNES Date de naissance : 09.06.1973

Adresse : Rue a.s. N° 31, 7e étage, 1000 Casablanca

Tél. : 06 61 57 11 78 Total des frais engagés : 1103,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 21.10.22

Nom et prénom du malade : JEBBAR YOUNES Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Asthma

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

RELEVE 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
21/11/21	22	Examen révision	6	6 → D H alergologie
21/11/21	22	Test cutaneo	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.11.22	383,82

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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
				</

Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie
Bilans Allergologiques et
explorations respiratoires
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès
et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة ناجح خديجة
اختصاصية في طب الطفل و الرضيع
وفي أمراض الحساسية
تحليلات الحساسية و التنفس
طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى
إبن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le

81/11/88

الدار البيضاء، في

1) Test cutane
allergologique

6 - 20/10/24

2) Nasal test.
⇒ nasal f n

respiratory
EFR 600 DTL

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربع و شارع المركب الإداري - عماره 5 شقة 10 الطابق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32



**medical
equipment
europe**

DR NAJEH Khadija

DR SAADI Bouchra

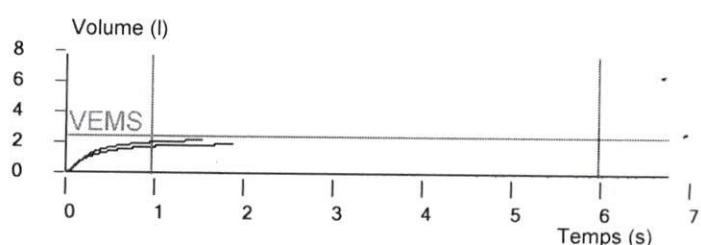
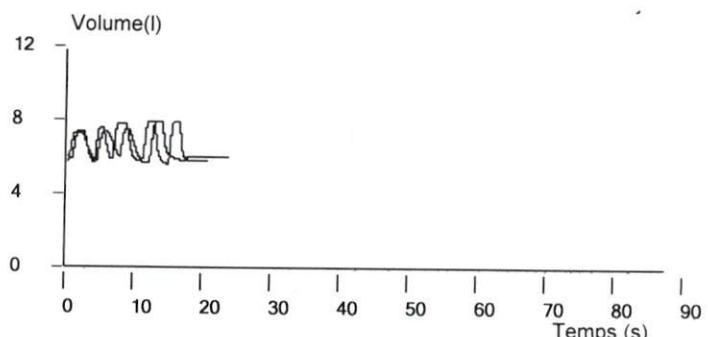
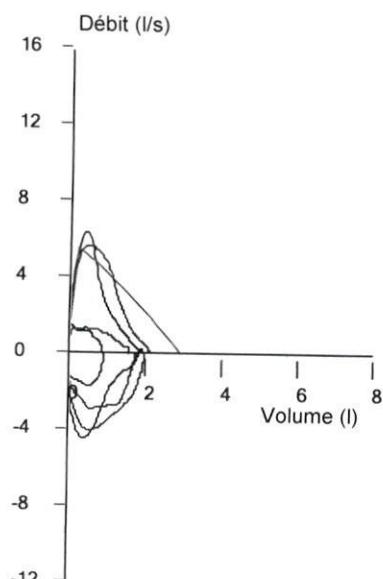
Res.AL Firdaous-imm.5 App.10 - 2ème Etage-GH1A-El ouffa
tél : 0522908332

En cas d'urgence : 0661206522/0661090531

Nom: **Rayan Jebbar**
ID: **RayJeb09042011**

Taille: 152 cm Age: 11 Ans Date Naissance: 09/04/201
Poids: 39 kg Genre: Masculin BMI: 16,9 kg/m²

Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	3,08	2,27	74	2,33	76	3
CI	l	1,99	1,83	92	1,85	93	1
VC	l	0,47	1,95	419	1,55	334	-21
VRE	l	0,97	0,17	17	0,31	32	82

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	2,53	1,83	73	2,08	82	14
CVFex	l	3,04	1,98	65	2,19	72	11
VEMS/CVF	%	86	92	95			3
DEP	l/s	5,47	6,33	116	5,63	103	-11
DEM25	l/s	1,76	1,10	63	1,46	83	33
DEM50	l/s	3,42	2,71	79	4,51	132	66
DEM75	l/s	4,83	6,31	131	5,63	117	-11
DEM 25-75	l/s	3,03	2,47	82	3,45	114	40
tex	s		2,8		1,6		-43

Commentaire: Trouble obstructif modéré réversible sous b2 mimétiques

DR NAJEH Khadija
Assistante Allergologue
El Oulfa Casablanca
Tél 0522 30 33 32

Date: 21/10/2022 Temperature: 26 °C Technicien:
Temps: 01:09 Pressure: 1009 hPa
Humidity: 58 %

Cabinet de Pédiatrie et d'allergologie

17h18

Prick - tests allergologiques

Nom : JEBBAR RAYAN Le : 21/10/2022

- Témoin négatif : (-)
- Phosphate de codéine : 6 ~
- Histamine : 6 ~

Pneumallergènes

Acariens :

- DP : 8 ~

- DF : 8 ~

- Blomia :

Moisissures :

- Atterraria : (-)

- Clostridium :

- Penicillium :

Phanères d'animaux :

- Blattes :

- Poils de Chien : (-)

- Poils de Chat : (-)

- Plumes d'oiseaux :

Pollens :

- 5 Graminées : (-)

- Olivier : (-)

- Mimosa :

Conclusion :Autres :

Rhume, Nez (-)

Jeu, Jou (-)

Cacahuet (-)

NAJEH Khadija
Pédiatre Allergologue
Mme. 5 GH | App. 10 | résidence
Elfirdaou 51 Oulfa Casablanca
Tél 06 22 30 33 32

Tous les résultats aux examens

Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie
Bilans Allergologiques et explorations respiratoires
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة ناجح خديجة
اختصاصية في طب الطفل و الرضيع
وفي أمراض الحساسية
تحليلات الحساسية و التنفس
طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى
ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le

21/1/22

الدار البيضاء، في

343.00
TARIF RAYON

RAYON



① Systolicon 100-
73.40 x 1 ml x 2 (T/3) -
② Endo, 19 (T/2 -),
389.80



Dr. NAJEH Khadija
Pédiatre Allergologue
Imme 5511 App 10 Résidence
El Firdaous El Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 90 83 32

PHARMA
Jane BENYOUNES
N°51 RAZZO
Hay Hassani - 10 Hassan
Tel: 0522 93 36 89
Casablanca

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطبق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32

HBBT
MAR-22
FEV-24

100mcg per dose
Flacon de 120 doses
100/100mcg P.P.V. 24.3.00 BM
6 118001 020998

IV MIDICORT TURBUHALER

PPV
LOT
PER

73,40

PPV
LOT
PER

73,40



A