

# 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 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

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

M22- 0052358

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048

Société : 170139

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr. BENCHERIF

Sidi Said

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. 0661453762

Total des frais engagés : #812,30#

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KABBAS Loubna  
Hépto-Gastro-Entérologue  
5 Rue Gallien Casablanca  
Tél. 0522 22 34 89/0522 22 38 24

Date de consultation : 24/07/2023

Nom et prénom du malade : BENCHERIF Sidi Said

Age : 71 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Di. feline

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

31 JUL 2023

ACCUEIL 24/07/2023



# 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
24/07/23	C2		3000	<p>Dr. H. H. Loubna</p> <p>Hépatogastro-Entérologie</p> <p>5 Rue Gallien Casablanca</p> <p>Tél 0522 22 34 89/0522 22 38 24</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/07/23	1230

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/07/23	130	5000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

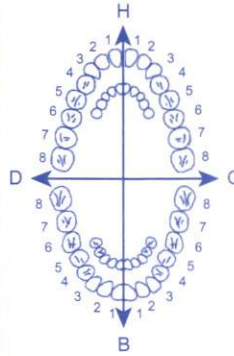
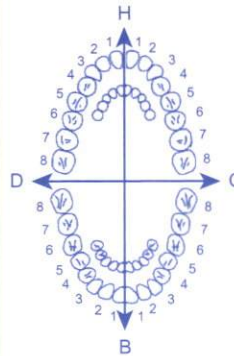
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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																	
	<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																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur KABBAL Loubna**  
**Spécialiste**

Maladies de l'Appareil Digestif, du Foie et de l'Anus  
Fibroscopie - Coloscopie - Echographie - Proctologie  
Ex-Attachée d'Endoscopie et d'Echographie au CHI Ibn Sina de Rabat  
Membre de l'Association Américaine d'Etude des Maladies du Foie  
Expert Assermenté auprès des Tribunaux de Casablanca



**الدكتورة قباج لبنى**  
**أخصائية**

أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و المخرج  
التنظير الداخلي - الكشف بالصدى - علاج البواسر  
ملحقة سابقا بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط  
عضو في الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد  
طبيبة محلفة لدى المحاكم بالدار البيضاء

Casablanca, le

24/07/2023

**Echographie Abdominale**

*Mr BENCHERIF Sidi Said*

**Examen**

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Vaisseaux hépatiques libres.  
Vésicule biliaire comporte un calcul de 12 mm à paroi fine.  
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.  
Pancréas d'aspect échographique normal.  
Rate homogène, de volume normal.  
Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusoale,  
sans dilatation des cavités pyélocalicielles.  
Aérocolie importante.

**Conclusion**

Vésicule lithiasique.

**Dr. KABBAL Loubna**  
Hépatogastro-Entérologue  
5 Rue Galien - Casablanca  
Tél: 0522 22 34 89 / 0522 22 38 2



**Docteur KABBAJ Loubna**

**Spécialiste**

Maladies de L'Appareil Digestif, du Foie et de L'Anus  
Fibroscope - Coloscopie - Echographie - Proctologie  
Ex-Attachée d'Endoscopie et d'Echographie au CHI Ibn Sina de Rabat  
Membre de l'Association Américaine d'Etude des Maladies du Foie  
Expert Assermenté auprès des Tribunaux de Casablanca



**الدكتورة قباچ لبنى**

**أخصائية**

أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و المخرج  
التنظير الداخلي - الكشف بالصدى - علاج البواسر  
ملحقة سابقا بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط  
عضو في الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد  
طبيبة محلقة لدى المحاكم بالدار البيضاء

24/07/2023

Casablanca, le

**Mr BENCHERIF Sidi Said**

**Fortrans**

1 sachet/litre d'eau, soit 3 litres à boire à partir de 15 H, la veille de l'examen et un litre le matin de l'examen 4 heures avant l'acte endoscopique

**CONTALAX**

1 cp par jour puis 1 cp après le 3 ème litre et 2 cp après le 4 ème litre

**MUSFON 80**

1 comprimé, 3 fois par jour

Pharmacie LILAS M.  
Mme. SEKKAT Laila  
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Dr. Kabbaj Loubna  
Hépto-Gastro-Entérologue  
5 Rue Galien Casablanca  
Tél : 0522 22 34 89 / 0522 22 38 24

# Docteur KABBAG Loubna

## Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif, du Foie et de l'Anus  
Fibroskopie - Coloscopie - Echographie - Proctologie  
Ex-Attachée d'Endoscopie et d'Echographie au CHI Ibn Sina de Rabat  
Membre de l'Association Américaine d'Étude des Maladies du Foie  
Expert Assermenté auprès des Tribunaux de Casablanca



# الدكتورة قباچ لبنى

## أخصائية

أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و المخرج  
التنظير الداخلي - الكشف بالصدى - علاج البواسر  
ملحقة سابقا بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط  
عضو في الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد  
طبيبة محلفة لدى المحاكم بالدار البيضاء

Casablanca, le

## Note d'honoraires

Date	Numéro
24/07/2023	F/8423

BENCHERIF SIDI SAID

Date	Lieu	Acte	Montant
24/07/23	Cabinet	Consultation	300,00
		Echographie	500,00
Total			800,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAMS

Dr. KABBAG Loubna  
Hépato-Gastro-Entérologue  
5, Rue Galien Casablanca  
Tél: 0522 22 34 89/0522 22 38 24

# Contalax<sup>TM</sup>

Bisacodyl 5 mg

## Composition :

Bisacodyl : 5 mg

Excipient q. s. p. un comprimé gastro-résistant de 52,5 mg

Liste des excipients à effet notoire : Lactose.  
لائحة السواغات معروفة التأثير : لكتوز.

Indications thérapeutiques :  
ce médicament est indiqué dans le  
traitement de courte durée de la  
constipation occasionnelle.

الأرشادات العلاجية:  
يوصف هذا الدواء في علاج الإمساك العرضي  
قصير الأمد

LABORATOIRES OMEGA PHARMA SA

Fabrique sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111,

quartier Industriel, Zenata, Ain Sebaâ

Casablanca - Maroc

CONTALAX 5MG

CP B30



42,30

