

# 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

M23-000866

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4514 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TARHALI MOHAMED

Date de naissance : 24/03/61

Adresse : la même

Tél. : 0661187159 Total des frais engagés : 610 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ABOURIZK Wafaa

N°120 Hay Jamal Bd.Fouarat  
1er Etage - Casablanca  
Tél. : 05 22 60 66 43

Date de consultation : 10/11/23

Nom et prénom du malade : MR TARHALI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : gashuli + Colapexhi Santhamili

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 Le : 11/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
10/11/23	C		150,00	Dr. ABOU RIZK Wafaa N° 120 H. 1 <sup>er</sup> Etage - Casablanca Tél. : 03 22 60 66 43

# 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
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr. BENMILLOUD Bd. Brahim Roudani Madi 15 22 25 30	11/11/23	Be 350	4.600,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

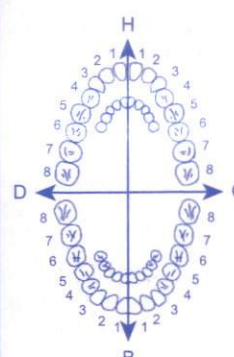
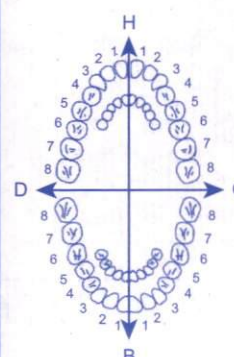
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 00000000              D 00000000 35533411           </div> <div>             21433552 00000000              G 00000000 11433553              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 ABOURIZK Wafaà

Lauréate de la F.C.M Casa

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME



الدكتورة وفاء أبو رزق

خريجة كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الدار البيضاء 10/11/23 casablanca.le.....

Mr TARHALI Mohamed

1 Recherche d'Ac anti-transglutaminase  
tissue (de type IgA).

2 Recherche de l'Antigène  
de l'Helicobacter Pylori dans  
les selles -

مستبر السيفتي للمحليلات الطبية  
LABORATOIRE SOALIM D'ANALYSES MEDICALE  
Dr. BENMILLOU  
240, Bd Brahim Rouadi, Madrif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 99 66  
Casablanca - Patente: 338020

Dr. ABOURIZK Wafaà  
N° 20 Hay Jamal Bd. Al Fouarat  
1er Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 60 66 43

120، حي جمال شارع الفوارات • الطابق الأول • البيضاء  
120, Hay Jamal Bd. Al Fouarat 1er Etage • Casa

☎ 0522 60 66 43



Dr. BENMILOUD Loubna. Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**FACTURE N° : 231100149**

CASABLANCA le 11-11-2023

Mr TARHALI Mohamed

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	Ac anti-Transglutaminase IgA	B240	B
	Recherche d'Ag Helicobacter pylori dans les selles	B150	B

Total des B : 390

TOTAL DOSSIER : 460.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante dirham .

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

**Dr. BENMILOUD Loubna.** Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**Date du prélèvement :** 11-11-2023 à 10:29  
**Code patient :** 2303110020  
**Né(e) le :** 24-03-1961 (62 ans)



**Mr TARHALI Mohamed**  
Dossier N° : 2311110024  
Prescripteur :

## AUTO-IMMUNITE

### Ac Anti Transglutaminase Ig A

(Technique ELISA, Alegria Orgentec)

Interprétation:

0.60 U/mL

- <10 U/ml.....: Négatif
- > ou = 10U/ml.....: Positif

La sensibilité et la spécificité des anticorps anti-transglutaminase sont de 95-98% et de 99% respectivement.  
Selon les recommandations de la HAS en 2007, seule la recherche des anticorps anti-endomysium et des anticorps antitransglutaminase a sa place dans le diagnostic de la maladie coeliaque.

## BACTERIOLOGIE

### RECHERCHE DE L'Ag HELICOBACTER PYLORI DANS LES SELLES

**Résultat :**

Recherche négative

(Méthode immuno-chromatographique)

Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**

مختبر الصقلي للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD