

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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

OK phone N° W21-825462

SV ENB

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12541

Société : 128M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAJDA SOURIAN 2

Date de naissance : 01-01-1986

Adresse : Apt 7 Rmuc Res les champs 3 Choussy

CMSR

Tél. : 0666167142

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : Bajda Sourian 2

Age : 3ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CMSR

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

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

| | | | | |
|----------|---|---|-------|--|
| 13/11/23 | 8 | 9 | 95504 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

| | |
|----------|--------|
| 13/11/23 | 209,60 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

| | |
|----------|--------|
| 13/11/23 | 225,50 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

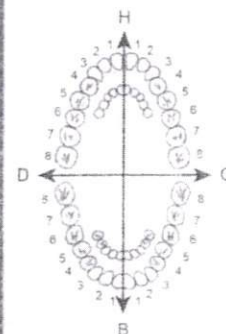
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

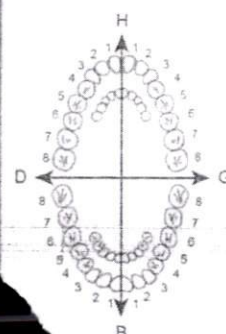
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

Lot:
EXP:
PPV:

17160

2004/01/01

دكتورة

اختصاصية في أمراض
و الحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوباتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

13/11/2023

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

BAJDA MED ALI

1) eps(3) et coproculture

NB : fièvre diarrhée

notion de douleur abdominale depuis 3 semaines

laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY MASSIM
Dr Alaoui lemrani Ihsane
Tél : 05 22 89 66 67 - 05 22 90 00 64



LABORATOIRE EXABIO HAY NASSIM DE BIOLOGIE MEDICALE

31 Hay Nassim, Lissasfa - Casablanca

Tel : 0522896667 E-mail : exabiohaynassim@gmail.com

ICE : 002897513000074 CNSS : 6728359 Matricule fiscale : 50492693 INPE : 093060556

Facture

N° facture : B2023-5554

Date : 30/11/2023

Date de prélèvement : 14/11/2023

Patient : BAJDA Mohamed Ali

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|-----------------------------------|-------------|---------|
| COPROPARASITOLOGIE DES SELLES | 100 | 115,00 |
| EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES | 30 | 34,50 |
| EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES | 40 | 46,00 |
| Total B | 170 | 195,50 |
| APB | 3,0 | 30,00 |
| Majoration de garde | | |
| Total | | 225.50 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Cent Vingt-Cinq Dirhams Et 50 Centimes

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM
Dr Alaoui Ichrani Ihsane
Tél : 05 22 89 66 67 - 05 22 90 00 64



مختبر التحليلات الطبية إكزابيو
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EXABIO
HAY NASSIM

Dr. ALAOUI LEMRANI Ihsane
Pharmacien Biologiste
DU assurance qualité en biologie médicale

Enf BAJDA Mohamed Ali

Dossier N° : 141123-456

Page : 3/3

PARASITOLOGIE

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

Date : 17/11/2023

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Couleur : Brunâtre

CONSISTANCE : Pâteuses

Parasites adultes : Absence

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Examen direct

Mucus : absence

Hématies : absence

Leucocytes : Absence

Levures : Absence

Fore bacterienne : Equilibrée

Parasites : -

quelques formes végétatives d'Entamoeba Histolytica et quelques kystes d'Entamoeba histolytica

REMARQUE : -

Nous vous remercions pour votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement.

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM
Dr Alaoui Iemrani Ihsane

BIOCHIMIE • HEMATOLOGIE • BACTERIOLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • FERTILITE

تجزئة النرجس عمارة 114 محل 2 حي النسيم (قرب ثانوية القاضي عياض) - الدار البيضاء
Lot. Narjiss Imm 114 Mag 2 Hay Nassim (Près de Lycée Cadi Ayad) Casablanca - I.C.E.: 002897513000074
Tél.: 0522 89 66 67 / 0522 90 00 64 / 06 37 72 45 01 - E-mail : exabiohaynassim@gmail.com



مختبر التحليلات الطبية إكزابيو
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EXABIO
HAY NASSIM

Dr. ALAOUI LEMRANI Ihsane
Pharmacien Biologiste
DU assurance qualité en biologie médicale



Casablanca, le 21/11/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 141123-456 Pvt du: 14/11/2023 18:12

Nom : Enf BAJDA Mohamed Ali

Demandé par Dr : BENKIRANE SALMA

Page : 1/3

BACTERIOLOGIE

COPROPARASITOLOGIE DES SELLES

| | | |
|----------------------|---|------------|
| EXAMEN MACROSCOPIQUE | : | |
| Couleur | : | Brunâtre |
| CONSISTANCE | : | Pâteuses |
| Parasites adultes | : | Absence |
| EXAMEN MICROSCOPIQUE | : | |
| Examen direct | : | |
| Mucus | : | presence |
| Hématies | : | Rares |
| Leucocytes | : | Rares |
| Levures | : | Absence |
| Fore bacterienne | : | Equilibrée |
| Parasites | : | - |

Rares formes végétatives d'Entamoeba Histolytica et rares kystes d'Entamoeba histolytica

Examen apres enrichissement au MIF:

Parasites : -

Rares formes végétatives d'Entamoeba Histolytica et rares kystes d'Entamoeba histolytica

COPROCULTURE

CULTURES

Culture sur Milieu SS : Absence de Salmonella et Shigella .

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM
Dr ALAOUI lemrani Ihsane

BIOCHIMIE • HEMATOLOGIE • BACTERIOLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • FERTILITE

تجزئة النرجيس عمارة 114 محل 2 حي النسيم (قرب ثانوية القاضي عياض) - الدار البيضاء
Lot. Narjiss Imm 114 Mag 2 Hay Nassim (Près de Lycée Cadi Ayad) Casablanca - I.C.E.: 002897513000074
Tél.: 0522 89 66 67 / 0522 90 00 64 / 06 37 72 45 01 - E-mail : exabiohaynassim@gmail.com



مختبر التحليلات الطبية إكزابيو
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EXABIO
HAY NASSIM

Dr. ALAOUI LEMRANI Ihsane
Pharmacien Biologiste
DU assurance qualité en biologie médicale

Enf BAJDA Mohamed Ali

Dossier N° : 141123-456

Page : 2/3

PARASITOLOGIE

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

Date : 16/11/2023

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Couleur : Brunâtre

CONSISTANCE : Semi-diarrheique

Parasites adultes : Absence

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Examen direct

Mucus : presence

Hématies : Assez nombreux

Leucocytes : Assez nombreux

Levures : Absence

Fore bacterienne : Equilibrée

Parasites : -

Assez nombreux kystes et formes vegetatives d'Entamoeba Histolytica

Examen apres enrichissement au MIF:

Parasites : -

Assez nombreux kystes et formes vegetatives d'Entamoeba Histolytica

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM
Dr Alaoui lemrani ihsane

BIOCHIMIE • HEMATOLOGIE • BACTERIOLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • FERTILITE

تجزئة النرجس عمارة 114 محل 2 حي النسيم (قرب ثانوية القاضي عياض) - الدار البيضاء
Lot. Narjiss Imm 114 Mag 2 Hay Nassim (Près de Lycée Cadi Ayad) Casablanca - I.C.E.: 002897513000074
Tél.: 0522 89 66 67 / 0522 90 00 64 / 06 37 72 45 01 - E-mail : exabiohaynassim@gmail.com

0666167142 .

PPV: 17DH50
PER: 01/25
LOT: L249

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA 2 milliards du Sml
Susp oral b10 fl 5ml
P.P.V. : 60DH00
6 118001 081653

PPV 40DH00
EXP 04/2026
LOT 31017 2

دكتورة سلة

اختصاصية في أمر

Ancienne inter
du CHU Ibn Rochd

رشد

Casablanca, le : 13/11/2023

19,00

BAJDA MED ALI

1) ARSENICUM ALBUM -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours et au rythme de la diarrhee

2) VOGALENE GOUTES

30 gouttes 3 fois par jours 15 min avant les repas pdt 2 jours

3) IPECA -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour et au rythme des vomissements

4) CHINA RUBRA -T/5 CH

3 granules 4 fois par jour pdt 5 jours

5) thiorfan enfant

si aggravation de la diarrhee

1 sachet puis 1 sachet 3 fois par jour pdt 1 jours puis 1 sachet 3 fois par jour pdt 5 jours

6) dolipediatrique

1 DDP 16 TOUTES LES 6 HEURES PENDANT 48H SI TEMPERATURE PLUS DE 38

7) NEOFORTAN 40 MG

1 DEMI CP 3 FOIS PAR JOUR PDT 3 JOURS SI DOULEUR

6/ Enterogermina

19.00
H/wood sine
ddp(16). x 4 / 38

T3 2009, 60



Facture N° 50

Casa le 13/11/23

Mr. [REDACTED]

BAJDA MENALI

[illegible]