

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

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0047736 **CT**
ND=18035
☐ Optique ☐ Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6372** Société : **Royal Air Maroc**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **IBARA SOAD**
Date de naissance : **01/12/1961**
Adresse : **123, Rue Al WAKI Résid SEKKAT**
Bourfene
Tél. : **0673939125** Total des frais engagés : **2841,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02 / 01 / 2020** **24 JAN. 2020**
Nom et prénom du malade : **Mr IBARA SOAD** Age : **58 ans**
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Angine + HT artérielle**
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

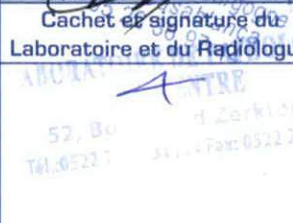
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/1/2020		62	250,00H	
06/01/2020	Sous signature		1650,00	
02/01/2020	N° 28			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/2020	
	02/01/2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/01/2020	8409	450,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

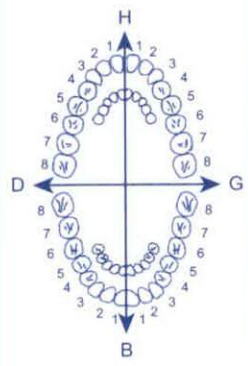
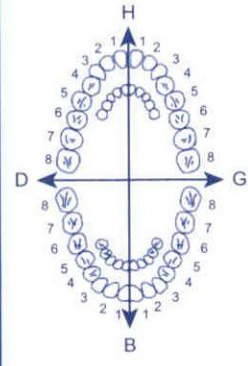
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

LOT 191735
EXP 08/2021
PPV 86.90DH

06 - 01, 2020

LOT 190944
EXP 01/2021

COOPER PHARMA

PPV: 49,40 DH

IBARA Sand

ZORAS 20mg (16140 x 14)
de 07

48,40

Si) fildes matin et soir x 10j
1/2 lt avant le repas

34,00 x 2

Europharm
le contenu d'un sachet à diluer
avec un peu d'eau 45-60
minutes après le repas x 10j

PPV: 34DH50
PER: 05-22
LOT: 11396

PPV: 34DH50
PER: 07-22
LOT: 11633

la Anti-Lobitiques amide

les 5 derniers jours

55,00

AMOXIL 1g

PPV: 55,00 DH
LOT: 620179
PER: 02/21

14 x diluer dans 1/2 verre d'eau
matin et soir après le repas
x 05j (5j)

les 5 jours suivants

139,00

ERACID 50 - M

1 ct matin et soir après
les repas x 5; en arrêt (os.)

32,80

FLACYL susp 2 l.

1 c i p m p après les 3
repas x 05; en arrêt

TT total 440;



432,40

Dr. HEBBACHHI-M
Bd. Adouan
CASABLANCA - Tél. 05 22 20 51 04/15

LOT: 227
PER: 05/20
PPV: 139.00 DH

LOT: 19E004
PER: 06 2021

FLAGYL 4%
SUSP BU V FL 120 ML
P.P.V.: 32DH90



Dr Mohamed HETFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Casablanca le, 02/01/2020

Mme Jbara Soad

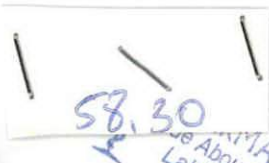


en attendant une fibroscopie

Megasfon 160 mg-bte de 20)

1 cp orodispersible le matin avt le petit déjeuner-1 cp vers 15-16h et 1 cp au coucher

58,30



PHARMACIE ISMAILIA
de Abou Al Wagt Bourgogne
Lahjaïma - Casablanca
Tél. : 05 22 36 97 44

Dr. HETFOUDHI-M.
Rue
C
Fe.
20.11
CASABLANCA - Tél. : 05 22 20 01 04 / 05

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

02.01.2020

M. JBANA SAAD
58 ans

A l'hôpital le 06/01/2020 pour
6 jours 2020 pour
Fibrose p. oug 8430

(2c) By 07/01/2020 et
analyse contradictoire

Interc
Examen d'auscultation

DR. HEFFOUDHI M.
Bd. des Hôpitaux - Casablanca - Tél. 05 22 20 00 00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. HEFFOUHAI

Nom et Prénom du Patient le IBARA Saad.

Age 52 ans.

Date du prélèvement 6.01.2020.

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques Dysplasie + vt.

Siège du prélèvement hico = gce supra-utér.

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références Biopsie, excision
et hystérectomie

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endométriel ☐

Signature et Cachet

CLINIQUE AL MASSIRA.

F A C T U R E

N° : 28 / 2020 du 06/01/2020

Nom patient **JBARA SOAD**
PAYANT

Entrée 06/01/2020

Sortie 06/01/2020

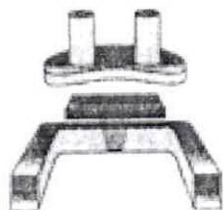
Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FIBROSCOPIE	1,00	FORFAIT	1 650,00	1 650,00
			<i>Sous-Total</i>	1 650,00
Total Clinique				1 650,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 1 650,00





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 06/01/2020

FACTURE N° : 20/01090

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

450,00 Dhs

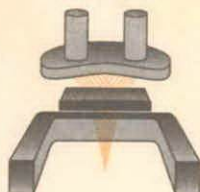
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **06/01/2020**

Pour **JBARA SOAD**

Sur ordonnance du : **Dr HEFFOUDHI M.**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Bd. Zerkouni - 3^e étage - Casablanca - Tél. : 022.22.51.31/022.2251.34 - Fax : 022.22.50.90
Tél. 051 32 51 31 / 34 Fax: 0521 22 50



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/01/20

Nom & Prénom : Mme JBARA SOAD
Sur ordonnance du : Dr HEFFOUDHI M.
Réf. : 20H01074

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 06/01/20

Organe ou siège du prélèvement : estomac.

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 57 ans

Dyspepsie +++

Biopsie contradictoire

Fibro : gastrite inflammatoire

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Ce prélèvement est constitué de cinq fragments biopsiques d'une muqueuse gastrique de type antro-fundique dont la composante épithéliale est bien différenciée de hauteur conservée et sans anomalie cytonucléaire.

Le chorion est modérément infiltré d'éléments inflammatoires lymphoplasmocytaires et de polynucléaires neutrophiles.

La musculaire-muqueuse ne présente pas de particularité.

La recherche d'hélicobacter pylori montre quelques amas à la surface des cryptes.

Conclusion : Gastrite antro-fundique chronique modérée (++) non atrophique en activité modérée (++) avec hélicobacter pylori (++).

Absence de signe de dysplasie ou de métaplasie intestinale.

Pas de malignité.

Dr L. LARAQUI

Pr. LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 00

Docteur MOHAMED HEFFOUDHI

**SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF**

**(Estomac, Foie, Intestin, Hémorroïdes)
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE**

FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

Mme JBARA Soad

Casablanca le, 06/01/2020

Examen

Oesophage

Muqueuse cardioœsophagienne normale.

Cardia muqueux en place situé à 36-37 cm des arcades dentaires.

Estomac

Lac muqueux peu abondant et clair.

La muqueuse fundique présente un aspect en mosaïque

La muqueuse antrale est le siège d'un érythème modéré-Biopsies à la recherche d'HP-

Rétrovion=RAS

Pylore facilement franchi.

Bulbe

Absence d'ulcère

Duodénum post-bulbaire

Strictelement normal.

Conclusion

gastrite inflammatoire à prédominance antrale


Dr. HEFFOUDHI-M.
11/04/06
CASABLANCA - Tél: 022.20.01.04

CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **JBARA SOAD**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **HEFFOUDI**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **06/01/2020**

Date sortie **06/01/2020 10:59**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : H.HASNAA 06/01/2020 11:33

88/20

