

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-700083

111497

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5044

Société :

RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance :

12-06-63

Adresse :

KERDOUN9@GMAIL.COM

Tél. :

06 61 193 876

Total des frais engagés :

1030,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur SEFFAR M.J.

Lauréat de la Faculté de Paris

Spécialiste des Maladies de

l'Appareil Digestif

5, Rue Abou Faris El Marini-Rabat

Tél : 05 37 70 91 45

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04 MARS 2022

Nom et prénom du malade :

ABERCHANE LEILA

Age :

7971

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 :

RABAT

Le :

12/04/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



| 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  |
| 04 MARS 2022                   |                   |                       |                                 | INF 10126688<br>Docteur SEPRIN<br>Lauréat de la Faculté de Paris<br>Spécialiste des Maladies de<br>l'Appareil Digestif<br>5 Rue Abou Faris El Marini-Rab<br>9637 20 91 45 |

INF 101126688  
 Docteur SEPPEN  
 Lauréat de la Faculté de Paris  
 Spécialiste des Maladies de  
 l'Appareil Digestif  
 6, Rue Abou Faris El Marini-Rabat  
 Tél: 06 37 70 91 45

[illegible][illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire de Radiobiologie

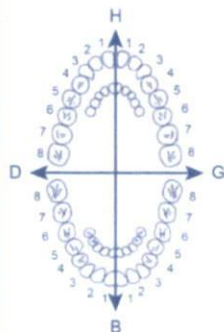
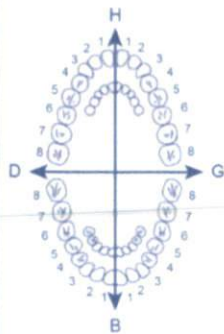
[illegible]

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|--|--|---------------------|-------------|--|
|   |  |                     |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412<br/>00000000</p> <p>D</p> <p>00000000<br/>35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>21433552<br/>00000000</p> <p>G</p> <p>00000000<br/>11433553</p> <p>B</p> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <p>(Création, remont, adjonction)</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

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.

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SEFFAR M.J.

LAUREAT DE LA FACULTE DE PARIS  
SPECIALISTE DES MALADIES DE  
L'APPAREIL DIGESTIF

Hépto-gastro - enterologie  
Vidéo-endoscopie - échographie abdominale  
Proctologie médico-chirurgicale

Membre de l'Association Américaine  
des Maladies du Foie (AASLD)

5, Rue Abou Faris El Marini (Place Piétri)  
Rabat

Tél. : 05 37 70 91 45 / Fax : 05 37 73 60 54



الدكتور محمد جمال الصفار

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكبي وجراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5، زنقة أبو فارس المريني - ساحة بيتري

الرباط

الهاتف : 05 37 70 91 45 / فاكس : 05 37 73 60 54

Rabat, le 04 MARS 2022

Mme ABERCHANE

LEILA

LABORATOIRE MELLOUK  
D'analyses Médicales  
BD Tarik IBN Ziad  
Residence Shems IM.G N 2  
05 37 61 20 30 / Fax 05 37 61 2  
INPE 103061479

1/ Anc anti Transglutaminases  
gliadine

2/ Lipasémie

Docteur SEFFAR M.J.  
Laureat de la Faculté de Paris  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
5, Rue Abou Faris El Marini-Rabat  
Tél.: 05 37 70 91 45

ICE : 001678828000035

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MELLOUKI

Bd, Tarik Ibn Ziad Residence Shemsi Imm G N°2 -Temara-  
Tél : 05.37.61.20.30 Fax : 05.37.61.22.41

## Facture

Patente: 28207455  
ICE: 001711456000033  
INPE: 103061479  
IF: 12600940  
CNSS: 2033299

N° facture 2022-0809  
Date 07/04/2022  
Patient Mme ABERCHANE Leila  
Date Prélèvement : 05/03/2022

| Analyses                                 | Valeur en B | Montant  |
|--|-------------|----------|
| LIPASE                                   | 100         | 134,00   |
| Anticorps anti-Transglutaminase (IgG)    | 200         | 268,00   |
| ANTICORPS ANTI-TRANSGLUTAMINASE (IgA)    | 200         | 268,00   |
| ANTICORPS ANTI-GLIADINES ( IgG + IgA ) : | 400         | 536,00   |
| <b>Total B</b>                           | 900         | 1 206,00 |
| <b>APB</b>                               | 1,0         | 10,00    |
| <b>Majoration de garde</b>               |             |          |
| <b>Total</b>                             |             | 1 030,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille trente dirhams\*\*\*

LABORATOIRE MELLOUKI  
D'analyses Médicales  
BD Tarik Ibn Ziad  
Residence Shemsi IM.G.N° 2  
Tél 05 37 61 20 30 - Fax 05 37 61 22 41  
INPE 103061479





# مختبر ملوكي للتحليلات الطبية

Laboratoire d'analyses médicales MELLOUKI

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie

د. عبد الرحيم ملوكي

صيدلي إحياني

جامعة بروكسيل

Dr. Abderrahim MELLOUKI

Pharmacien Biologiste

Université libre de Bruxelles

Docteur SEFFAR M.J.  
Lauréat de la Faculté de Paris  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
5, Rue Abou Faris El Marini-Rabat  
Tél.: 06 37 70 91 45

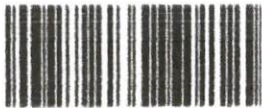
Demandé par Dr. : M.J SEFFAR

Temara

Examen du : 05/03/2022

Heure Pvt : 9:24:00

Edité le : 07/03/2022



103061479

Mme ABERCHANE Leïla

Code Patient : 22-00412

Réf : 050322-006



assurance mupras

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/2

### ENZYMOLOGIE

LIPASE

:

51 UI/l

Valeurs Usuelles

( 13 - 60 )

Antériorité

(Technique : Méthode Colorimétrique Enzymatique)

### AUTO-IMMUNITÉ

Anticorps anti transglutaminase (IgG)

(Technique : EIA / ALEGRIA)

Résultat

:

Négative

Taux

:

1,70 U/ml

( Inférieur à 10 )

Anticorps anti-transglutaminase (IgA)

(Technique : ELA/ALEGRIA)

Résultat

:

Négative

Taux

:

0,30 U/ml

( Inférieur à 10 )

Le Biologiste

Dr. MELLOUKI ABDERRAHIM  
Pharmacien Biologiste

Rés. Shemsy Immeuble G N°2 Bd Tarik Ibn Ziad - Fouarat - 12000 Témara - GSM 0678642782

Tél 0537612030

fax 0537612241

laboratoiremellouki@gmail.com

INPE : 103061479



# مختبر ملوكي للتحليلات الطبية

Laboratoire d'analyses médicales MELLOUKI

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie

د. عبد الرحيم ملوكي

صيدلي إحيائي

جامعة بروكسيل

Dr. Abderrahim MELLOUKI

Pharmacien Biologiste

Université libre de Bruxelles

Docteur SEFFAR M.J.  
Lauréat de la Faculté de Paris  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
5, Rue Abou Faris El Marini-Rabat  
Tél.: 05 37 70 91 45

Mme ABERCHANE Leila

Dossier N° : 050322-006

Page : 2/2

## AUTO-IMMUNITE

### ANTICORPS ANTI-GLIADINES ( IgG + IgA ) :

(Technique : ELA/ALEGRIA)

#### Anticorps anti-gliadine(IgA)

Recherche

Négative

titre

1,80 U/ml

( Inférieur à 12 )

#### Anticorps anti-gliadine (IgG)

Recherche

Négative

titre

2,80 U/ml

( Inférieur à 12 )

Nous vous remercions de votre confiance

**Le Biologiste**

Dr. MELLOUKI ABDERRAHIM  
Pharmacien Biologiste

Rés. Shemsi Immeuble G N°2 Bd Tarik Ibn Ziad - Fouarat - 12000 Témara - GSM 0678642782

Tél 0537612030

fax 0537612241

laboratoiremellouki@gmail.com

INPE : 103061479