

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-618594

128250

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10567 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABER LAUBANA LACHGUEN BRAHIA

Date de naissance : 30/06/1969

Adresse : LOT YAKSON Rue 19 N° 22

HAY KASANI CASABLANCA 4

Tél. : 0632448214 Total des frais engagés : 2820 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 08 2022

Nom et prénom du malade : JABER LAUBANA Age : 43 ans

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

Nature de la maladie : Constipation

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 6/09/22

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
23/08/22	voir facture		2420,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

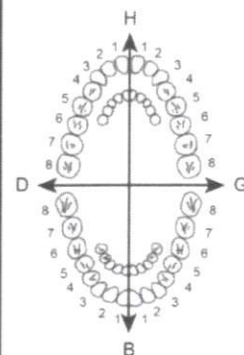
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/08/22		400 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

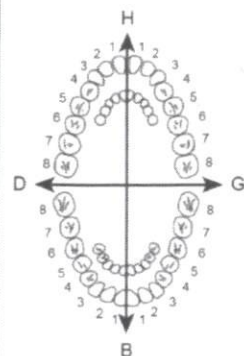
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. Hind ALATAWNA

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : *Dr. Ibn Ghazala*

Nom et prénom : *Jaber Louba* Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

DAI + coliques étages

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Abdominale
constipation chronique + Douleur
coloscopie sans particularité

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

Date : *3/08/2022* Signature :

Dr. Ibn Ghazala

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 23-08-2022

Facture N° 21353/22

A. Identification

N° Dossier : HPC22H23075031

N° Identifiant : 079559/22

Nom & Prénom : Mme JABER LOUBNA

C.I.N : BE725031

Adresse : LOT YAKSOUR RUE 19 NR 10 HY HASSANI

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-08-2022

Date Sortie : 23-08-2022

Médecin traitant : DR . IBN GHAZALA FATIMA AZZAHRA

Traitement : COLONOSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	COLONOSCOPIE		2 420,00			2 420,00
Total Rubrique :						2 420,00
PARTIE CLINIQUE :						2 420,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		2 420,00	

DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

SERVICE FACTURATION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Ain Sebba

RECU LE : 23/08/2022
EDITE LE : 25/08/2022

NOM & PRENOM : JABER LOUBNA
PRESCRIPTEUR : DR IBN GHAZALA
Age : 43 ANS
N/REF : H20823530

Nature du prélèvement : DAI-coliques étagées

Renseignements cliniques : Constipation chronique + Douleurs abdominales.
Coloscopie sans particularités.

COMPTE RENDU

Reçu 7 fragments biopsiques, mesurant entre 0.2 et 0.4cm. Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

Ils correspondent à une muqueuse iléale (1F) dont les villosités sont de hauteur respectée. Le revêtement de surface est cubo-cylindrique régulier. Le chorion est oedémato-congestif, siège d'un infiltrat inflammatoire minime mononucléée et d'un follicule lymphoïde réactionnel.

La muqueuse de type recto-colique (6F) visible sur toute sa hauteur jusqu'à la musculaire muqueuse.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont normosécrétantes et bien différenciées.

Il n'est pas retrouvé d'augmentation du nombre de lymphocytes intraépithéliaux.

Le chorion oedémato-congestif est ponctué par un infiltrat inflammatoire banal, non densifié, fait d'éléments lymphoplasmocytaires.

Absence d'individualisation d'élément amibien au sein du film muqueux de surface.

Absence de distorsion architecturale. Absence de cryptite. Absence de granulome.

Absence de signe de colite microscopique.

CONCLUSION :

-Iléon de morphologie subnormale.

-Muqueuse colique siège de remaniements oedémato-congestifs non spécifiques.

Absence de malignité.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
ANATOMIE
Dr. Hind ALATAWNA
17 Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1 - Casablanca
Tél: 05 22 23 37 50 - Fax: 05 22 23 39 50
E-mail: patho.ibnzohr@gmail.com - ICE : 001864938000053



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa

المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Mme Jaber Loubna

le 23/08/2022

RC : Constipation chronique + Douleur abdominale

Compte rendu de la colonoscopie sous sédation :

CRE

Progression faite jusqu'au bas fond caecal avec cathétérisme de la DAI sur un colon de préparation satisfaisante.

LA DAI explorée est d'aspect normal (biopsies)

La muqueuse recto -colique explorée est d'aspect normal (biopsies coliques étagés).

Conclusion : Examen endoscopique sans particularités.

Dr IBNGHAZALA

Dr SAMMOUD

Dr. IBNGHAZALA
Dr. SAMMOUD
HEPATO - GASTROENTEROLOGIE
ET PROCTOLOGIE
05 22 29 61 57
Casablanca

CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE IBN ZOHR

Casablanca le 23/08/2022

FACTURE N° 22/2290

NOM ET PRENOM : JABER LOUBNA

Nature du prélèvement : DAI-coliques étagées

Date du prélèvement : 23/08/2022

Montant de : 400, 00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cents dirhams.

Signé

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
ANATOMO-PATHOLOGISTE
17 Louvre Centre et Bachir Laalaj
Bd. Abdelmoumen - Casablanca - Tel: 0522 23 37 50

Patente N° 34708372

ICE :001864938000053

INPE :091151944

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HPC22H23075031

NOM DU PATIENT Mme JABER LOUBNA

MÉDECIN TRAITANT IBN GHAZALA FATIMA AZZAHRA

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 23/08/2022

DATE DE SORTIE 23/08/2022

MODE DE SORTIE normal

SERVICE FACTURATION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063222
279, Bd. Chefarouchi Ain Sebaa