

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-001661

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4187 Société : AS8825

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOUALA Boudia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/4/23

Nom et prénom du malade : BENOUALA Boudia Age :

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

Nature de la maladie : Mal. digestif

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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


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
24.03	P. n	1	P. n	
18.04	cl		G. n	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/04/2023	444,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/04/23	Bufo gashin	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

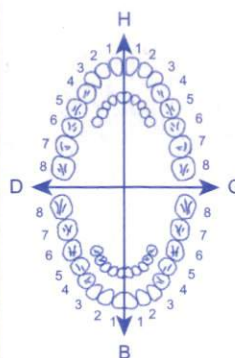
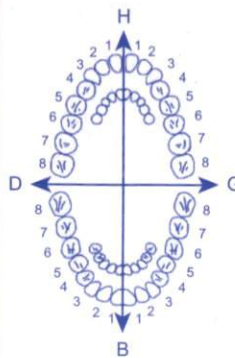
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



وصفة ORDONNANCE

le 18.6.13

à Benoudia Bouchab.

215,00 d.t. - Zegeri 100g

1 gelule + 2g.

(28 jours)

96,80 x2 - Aximaphen 1g

1 g - 3/3

(14 j)

35,70 x1 - Alproct 0,5

1/2 g + 2g

(15)

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Dr. EL ALI Abdelati
Doxeur Pharmacie
220-222-224 Boulevard Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 90.51.13
ACE: 002291220000071

T2 444 30

Dr. Mohammed EL OULFA
Spécialité des Maladies
de l'Appareil Digestif
CNSS - Boufrouj - INP: 091038539
Tél: 0522 9224655-50029

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 29005 2
EXP 09/2024

LOT ~~220447~~

EXP 01/2024

PPV 215.00DH

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 29005 4
EXP 09/2024

LOT ~~220443~~ 1

EXP 11 2025

PPV 35.70



2335769.07

07-04-23

CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN

Dr BOUTAYEB Loubna

Médecin spécialiste en Anatomie Pathologique

Diplômée de l'hôpital universitaire Joan XXIII Tarragone Espagne

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom : BENJANA Boudes

Age :

Médecin prescripteur : BOUTAYEB

Date de prélèvement : 7-4-23

Antécédents :

Siège de prélèvement :

Renseignements cliniques / paracliniques :

Angiome capillaire en nœud

à l'air libre

Signature et cachet :



CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN

Dr BOUTAYEB Loubna

Médecin spécialiste en Anatomie Pathologique

Diplômée de l'hôpital universitaire Joan XXIII Tarragone Espagne

CASABLANCA. LE 07-04-2023

Nom et prénom : BENOUALA BOUCHAIB

FACTURE N°23/603

Nature du prélèvement

montant TTC

Biopsie gastrique

400DH

Arrêtée la facture à la somme de quatre cent dirhams.

Signé : Dr Loubna Boutayeb

INPE 091207944

ICE 000115371000041

PATENTE N° 34293466

IF 15247249

CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN
Dr. BOUTAYEB Loubna
Médecin Spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques
89, Rue Al Banafsaj Mers Sultan
22 29 75 05



CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN

Dr BOUTAYEB Loubna

Médecin spécialiste en Anatomie Pathologique

Diplômée de l'hôpital universitaire Joan XXIII Tarragone Espagne

CASABLANCA. LE 13-04-2023

RECU LE 07-04-2023

ORGANE : ESTOMAC

REF : 23BBJ0907

M^{MR}: BENOUALA BOUCHAIB

MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr BOUTALEB MOHAMED

Renseignement clinique : Aspect nodulaire congestif au niveau de l'antre pré-pylorique.

Examen macroscopique:

Il est parvenu six fragments biopsiques mesurant entre 3 et 2 mm.

Examen microscopique :

L'examen histologique montre une muqueuse gastrique de type antral. Le revêtement en surface est villositaire avec places des foyers de dysplasie de bas grade. Il est vu de la métaplasie intestinale complète et focale. Il est noté la présence d'une gastrite chronique modérée avec quelques polynucléaires neutrophiles agressant par places les glandes. La densité glandulaire est légèrement diminuée. La coloration de Giemsa montre des *Helicobacter-pylori* en quantité légère.

CONCLUSION :

- Gastrite chronique antrale modérée, légèrement atrophie avec activité discrète
- Présence de métaplasie intestinale complète et focale.
- Présence focale de dysplasie de bas grade
- Présence légère d'*helicobacter-pylori*(+)

CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN
Dr. BOUTAYEB Loubna
Médecin Spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques
89 Rue Al Banafsaj 2 Etage Mers Sultan