

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 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° W21-801633

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8326 Société : _____

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : _____

Nom & Prénom : DR. JOUECH LOUECH

Date de naissance : 1970/06/16

Adresse : 47 RUE IMAM ROUSLIN OASIS

Tél. : 0661396306 Total des frais engagés : 600+192,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Fouad HADDAD**

Cachet du médecin : **Hépto-Gastro-Entérologie-Proctologie**
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél. : 05 22 85 14 14

Date de consultation : 21/12/2023

Nom et prénom du malade : DR. JOUECH SELMA Age : _____

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

Nature de la maladie : Affect. digestive

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 : CASABLANCA Le : 20/12/2023

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
21/12/2023	Cs		Gratuit	INP : 0811111111

Dr. Fouad HADJADJ
Hépatogastro-Entérologie
728, Bd. Modibo Keita
Tél: 05 22 85 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HABIB 9, Rue de la Bouvrière Casablanca Tél: 0522 99 64 10	02/12/23	192,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE EL HABIB 9, Rue de la Bouvrière Casablanca Tél: 0522 99 64 10	02/12/23		600 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction]																
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 2/12/2023

DRIQUECH BELMA

S.V

122.80 - Euzol home gelule

1 gelule matin à jeun
x 14j

70.00 - Refluxaid stick

S.V

192.80 - 1 sachet x 31j après repas

PHARMACIE BOUDABI
9, Rue des Bouvreuils Oasis
Casablanca
Tél: 0522 99 64 10

Pr. Fouad HADDAD
Hépto-Gastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14
INP: 091145958

URGENCES 24/24 مستعجلات

EuZol[®]

Esoméprazole

40 mg

LOT : 3726
PER : 07 - 26
P.P.V : 122 DH 80



14

Gélules
Voie orale

Microgranules gastro-résistants



PHARMA 5



PAP
ASTUCCIO
CARTA



PAP
FOGLIETTO
CARTA



C / PP
STICK PACK
PLASTICA

VERIFICA LE DISPOSIZIONI DEL TUO COMUNE
IN ACCORDO ALLA NORMATIVA VIGENTE

• **Dans quel cas utiliser REFLUXAID® :**

REFLUXAID® est un dispositif médical à usage oral qui, grâce à son action mécanique, est destiné à être utilisé pour limiter les symptômes du reflux gastro-oesophagien et de l'oesophagite. L'utilisation du produit limite la sensation de brûlure (brûlure d'estomac), de régurgitation, de la difficulté à avaler (dysphagie), de la déglutition douloureuse (odynophagie), de la toux, et de l'enrouement.

- Pour les instructions, les mises en garde et les contre- indications : voir la notice.

LOT

2319208

2026/07

PPC 70 DHS



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

06 61 71 10 89

NP



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age : Sexe :

Date de prélèvement : 2/12/2023

Renseignements cliniques et paracliniques : SD 12 GO HPGO

Affmo: Gastrite diffuse

Organe prélevé : ① Anus ② Fécules

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles : Période :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature du Dr. Lamia JABRI

Signature de Cachet

Mme DRIQUECH Selma
Né le : 03/11/2001
Admis le : 02/12/2023 07h56
Org : MUPRAS
231 02075619

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

RECU LE : 02/12/2023

EDITE LE : 05/12/2023

NOM & PRENOM : DRIQUECH SELMA
PRESCRIPTEUR : Pr. HADDAD FOUAD

AGE : 22 ans

Code Patient : 125270

N/REF : 31202795

ORGANE : ANTRE+FUNDUS

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

sd RGO+HP négatif. fibroscopie: gastrite diffuse.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1-Antre :

L'examen concerne trois fragments biopsiques de 2 et 3mm provenant d'une muqueuse de type antral et fundique avec la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement de surface et cryptique est en feuillet glandulaire régulier, sans métaplasie intestinale ni dysplasie non colonisée par l'*Helicobacter pylori*. Le chorion est oedémato-congestif, renferme un discret infiltrat inflammatoire mononucléé fait de plasmocytes et de lymphocytes sans polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont d'aspect régulier, sans métaplasie intestinale ni dysplasie; leur densité est globalement conservée.

2-Fundus :

L'examen concerne deux fragments biopsiques de 2 mm chacun provenant d'une muqueuse fundique avec la tunique musculaire muqueuse du même aspect sus décrit.

CONCLUSION :

- Gastropathie antro-fundique congestive interstitielle modérée.
- Absence d'hélicobacter pylori.
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux - Rés. du Parc Casablanca
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24

Pr. Amal BENKIRANE

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie-Casapath

6, Rue des Hôpitaux

Résidence du Parc - Casablanca

Tél: 05 22 22 13 46/66 - Fax: 05 22 22 14 24

INPE : 091024604



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 003224214000036 IF 40204512

FACTURE

REF : 23/16056

Date de facturation 14 / 12 / 2023
Médecin traitant Pr. HADDAD FOUAD
Patient DRIOUECH SELMA - 125270
Demande **H31202795 - 02/12/2023**

Liste des examens

ESTOMAC - DUODENUM

Total 600,00 Dhs
coefficient-P 545

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS

6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46 - Fax: 0522 22 14 24
Email: labocasapath@gmail.com