

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

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

M23-0015009

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585 Société : 197229
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KASSBA EL HABIB
 Date de naissance : 1963
 Adresse : Berruchio
 Tél. : 0604458836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 09/02/2024
 Nom et prénom du malade : KASSBA EL HABIB
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
09/02/2024	G		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

09/02/2024 64830

Pharmacie NASROLLAH
BERRECHID
ot. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tel.: 05 22 51 67 19

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

12/02/24

650,00 DH

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biologiste
Tel.: 06.66.48.82.22

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

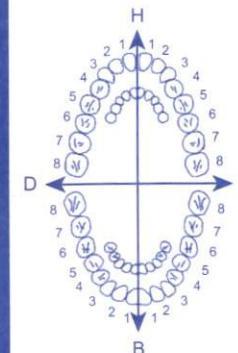
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

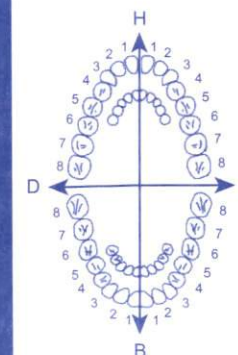
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمو بفرنسا
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE ECHOGRAPHIE
Ancien Médecin au CHU de Meaux

ORDONNANCE

Berrechid, le

09/07/2024

M^{me} KSSBA DOHA

Calprotectine fécale

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biologiste
Tél.: 06 . 66 . 48 . 82 . 22



Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin au CHU de Meaux

Berrechid, le

PPV: 293,00 DH

M^r KSSSBA Doota

29300

297
SALICAZINE cp 100



135022

2 - 0 - 2 + 12



EVOK 500

3250

34
METRO 202 550



528

DEDE NASROLLAH



Pharmacie NASROLLAH
BRECH

87 شارع مولاي اسماعيل - الطابق الأول - الرقم 1 - مقابل مستشفى الرازي برشد الهادي
 05 22 32 46 95
 Dr. My Ismail - 1er Etage - N° 1 (En Face de l'Hôpital ER-RAZI) Berrechid- Tél: 05 22 32 46 95

87 شارع مولاي اسماعيل - الطابق الأول - الرقم 1 - مقابل مستشفى الرازي برشد الهادي
 05 22 32 46 95
 Dr. My Ismail - 1er Etage - N° 1 (En Face de l'Hôpital ER-RAZI) Berrechid- Tél: 05 22 32 46 95

N° lot:

EXP :

23130

03/26

135,00

PPV Dhs :

floxacin

LOT: 22656 PER: 10/25

PPV: 135,00 DH

AMM N: 2047/01/21/RQ1/DMP/MC/01

METROZAL®

Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

PPV : 32,50 DH

6 118000 190967

LOT 220286

EXP 09/2024

PPV 52.80DH

FACTURE N° : 240200133

BERRECHID le 12-02-2024

Mlle KSSIBA Doha

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
	calprotectine fecale	B600

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 650.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biologiste
Tél.: 06 . 66 . 48 . 82 . 22

Date du prélèvement : 12-02-2024 à 10:49

Code patient : 240212040

Né(e) le : 10-06-2002 (21 ans)



Mlle KSSIBA Doha

Dossier N° : 240212040

Prescripteur : Dr BENKIRANE M'HAMED

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

Calprotectine fécale
(Lateral flow immunoassay)

1 060 µg/g de selles (<77)

Interprétation:

< 77 ug/g : une maladie inflammatoire des intestins est peu probable.

77 à 100 ug/g : à interpréter avec précaution, une maladie inflammatoire des intestins ne peut être exclue.

Il est recommandé de réévaluer les niveaux de calprotectine fécale après 4 à 6 semaines pour déterminer l'état d'inflammation.

> 100 ug/g : une maladie inflammatoire des intestins est probable.

Validé par : Dr. BELCAIDA Mustapha

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biologiste
Tél.: 06 . 66 . 48 . 82 22