

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0022570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 10777 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZRIQUEL ADWA  
Date de naissance : 04/01/1979  
Adresse : Rue Ali Abdenazak Des GMITA Veloutine Casablanca  
Tél : 0663372527 Total des frais engagés : 250 + 1060 DHS

### Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2024  
Nom et prénom du malade : Moutaib Malek Age : 12 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : 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 : Casa Le : 01/3/2024  
Signature de l'adhérent(e) : RAM

### 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

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
01/03/24		1 - 9	2500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L. HESBIAUX N° 23 Lot. Schel - 0522 29 27 39 - Fax : 0522 95 22 95 Gsm : 0662 68 49 19 ICE : 0018949 21000001	01/03/24	126.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/03/24	B 8	1060 Ditz

# 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 canalaires, 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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

Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif  
( Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes )

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضون

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

( المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير )

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

تشخيص بالمنظار الداخلي

01/03/2024

Casablanca le: .....

PN:  
LOT:  
EXP:

27.20

Nom : MOUTAIB MALAK

- PRAZOL 20 mg

1 gel /j

demi heure avant petit dej  
pdt 2 sem.



- DRO-SPA 40 mg

1 cp \*3/j

avant repas

pdt 10 jours

- ANTIGAS sachet

1 sachet \*2/j

apres repas

pdt 10 jours



- O'MAG 300 mg

1 cp effe / j

le soir

pdt 20 jours

PHARMACIE EL HADI DILLAH  
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 93 93  
ICL: 00103372-00000066  
IMPE: 032067214  
Dr. Zaid Zaid  
Hépatologie  
Proctologie  
Gastro-entérologie  
Généraliste  
Casablanca

Dr. Omar BENREDOUANE  
Hépatologie  
Proctologie  
Gastro-entérologie  
Généraliste  
Casablanca  
0 9 1 1 9 3 0 5 2

Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani تجزئة البركة م 6 عمارة أ 75 الطابق السفلي ش 6 الحي الحسني

Tél : 05 22 90 93 93 :الهاتف Urgences: 06 63 61 37 41 :مستعجلات



Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif  
( Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes )

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضولن

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
( المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير )

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

Casablanca le 01/03/2024.....

**Nom :** MOUTAIB MALAK

CALPROTECTINE FECALE

COPROCULTURE

3 EPS

LABORATOIRE CASABLANCA  
N° 23 Lot. Sidi El Ghazal  
Tél: 0522 20 93 93 Fax: 0522 96 57 60  
E-mail: lab@casablab.ma  
ICE: 001899921000001

Dr. Omar BENREDOUANE  
Hépatologue - Gastro-entérologue  
Proctologue Médical et Chirurgien  
Lab. de Biologie Médicale  
09 1 1 93 0 5 2







Casablanca, le 08/03/2024

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 040324-119 Pvt du: 04/03/2024 18:10

Nom : Enf MOUTAIB Malak

Page : 1/3

### IMMUNOLOGIE

Valeurs Usuelles

#### CALPROTECTINE FECALE

: < 30 µg/g

(Technique : Quantum Blue (Buhlmann))

< 80 µg/g : une maladie inflammatoire des intestins est peu probable.  
80 à 160 µg/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.  
> 160 µg/g : une maladie inflammatoire des intestins est probable.

### MICROBIOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

## EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES ET COPROCULTURE

Date : 05/03/2024

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Marron  
Consistance : Molle  
Sang : Absence  
Glaire : Absence  
Mucus : Absence  
Parasites adultes : Absence

#### ETAT FRAIS

Leucocytes : Absence  
Hématies : Absence  
Levures et filaments mycéliens : Absence

LABORATOIRE DAR BOUAZZA

N° 23, Lot Sahel - Dar Bouazza  
Tél. 0522 29 27 39 - Fax : 0522 96 57 60  
Gsm : 0662 68 49 19  
ICE: 001899921000001

Dr. BAHRI Leyla





