

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037103

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

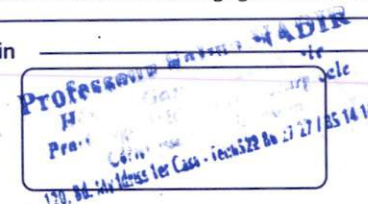
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELMALEK / 99276
 Date de naissance : 1/6/53
 Adresse : 15, Rue Caïd Ahmed ead
 Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : 867,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



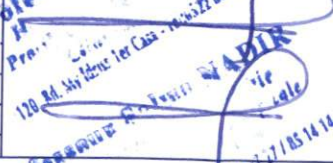
Date de consultation : 28/02/2014
 Nom et prénom du malade : Chraïbi Abdelmalek Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : ead Le : 18 / 3 / 14
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/10/2024 | G | | GRATUIT |  120, Bd. du 1er Cas - 100000000 Professeur de Médecine 17/05/14 |
| 11/10/2024 | G | | 300 DH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11.03.2024 437,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

29/02/24 B100 + R100 130 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

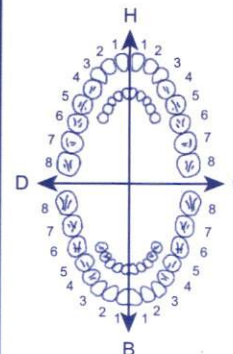
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

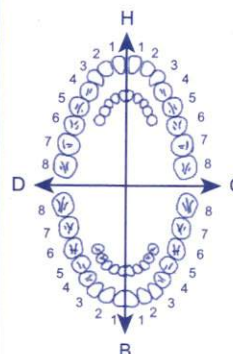
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(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

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 11.03.2024 في الدار البيضاء،

Mr CHRAIBI Abdelmalek

Prendre :

23,10

1 - TARAXET COMPRIMÉ

un quart de comprimé vers 19heures avant le coucher pendant 10 jours
puis un jour sur deux pendant 10 jours

102,60

2 - AERUS

1 comprimé par jour, après le repas, pendant 1 mois

135,10

3 - ESAC 40

1 gélule le matin et le soir, après le repas, pendant 1 mois.

82,10

4 - PRINCI B FORT

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 1 mois.

47,30

x2

T: 437,50



LOT: 23006

PER: 06/25

PPV: 135DH10

HARMACIE LM V
28, Bis Rue Sarracine Angèle
Rue de Rome Casablanca
Tel: 05 22 85 43 95
Tel: 06 60 06 07 08
18383 ICE 0021791300087

LOT: 11182 PER: 10/26
PPV: 47,30 DH

PPV
LOT
PER

47,80

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، 120،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام،
E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépto-Gastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale

الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le.....

الدار البيضاء، في.....

Mr - Mme :

Faire faire :

- | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Plaquettes | <input type="checkbox"/> Test respiratoire à l'urée marquée | | |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> Postprandiale | <input type="checkbox"/> Sérologie de l'Hélicobacter Pylori | | |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | | <input type="checkbox"/> Ac HVC | | |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | | <input type="checkbox"/> Ag Hbs | <input type="checkbox"/> Ac anti Hbs | |
| <input type="checkbox"/> Créatinine sanguine | | <input type="checkbox"/> Ag Hbe | <input type="checkbox"/> Ac anti Hbe | |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Ac anti HbC | <input type="checkbox"/> Ig M | <input type="checkbox"/> Ig G |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total | | <input type="checkbox"/> Ac VHA | <input type="checkbox"/> Ig M | |
| <input type="checkbox"/> HDL - LDL | | <input type="checkbox"/> Charge virale du VHB | | |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | | <input type="checkbox"/> Charge virale du VHC | | |
| <input type="checkbox"/> Na ⁺ /K ⁺ sanguins | | <input type="checkbox"/> Génotypage du VHC | | |
| <input type="checkbox"/> Na ⁺ /K ⁺ urinaires | | <input type="checkbox"/> Fibrotest / Actitest | | |
| <input type="checkbox"/> Calcémie | | <input type="checkbox"/> Fibromax | | |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | | <input type="checkbox"/> Ac antimitochondries | | |
| <input type="checkbox"/> ASAT - ALAT | | <input type="checkbox"/> Ac antinucléaires | | |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT | | <input type="checkbox"/> AC Antimuscule lisse | | |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine totale - libre - conjuguée | | <input type="checkbox"/> Ac anti KLM ₁₊₂ | | |
| <input type="checkbox"/> Phosphatases alcalines | | <input type="checkbox"/> Ac antiglutaminases (Ig A) | | |
| <input type="checkbox"/> Lipasémie | | <input type="checkbox"/> Ac anti SLA | | |
| <input type="checkbox"/> Taux de prothrombine | | <input type="checkbox"/> Examens parasitologiques | | |
| <input type="checkbox"/> Facteur V | | <input type="checkbox"/> des selles 3 jours de suite + Coproculture | | |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines | | <input type="checkbox"/> E.C.B.U | | |
| <input type="checkbox"/> Albuminémie | | <input type="checkbox"/> PSA prostatiques | | |
| <input type="checkbox"/> THSus | | <input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles | | |
| <input type="checkbox"/> T3, T4, libres | | <input type="checkbox"/> Dosage de la calprotectine fécale | | |
| <input type="checkbox"/> α-foeto-protéines sériques | | <input type="checkbox"/> Autres : | | |
| <input type="checkbox"/> ACE | | | | |
| <input type="checkbox"/> CA 19-9 | | | | |

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام، 728،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383

RIB:021780000019002708996357

Facture

CASABLANCA , le 29/02/2024

N° facture : 24-02679

Edité le : 29/02/2024

Patient : Mr CHRAIBI Abdelmalek

Date prélèvement 29/02/2024 12:0'

| Analyses | Nombre B | Montant |
|-------------------------------------|----------|---------|
| ASAT (Aspartate Aminotransférase) | 50 | 67,00 |
| ALAT (Alanine Aminotransférase) | 50 | 67,00 |
| Total B | | 100 |
| APB | | 1,0 |
| Total | | 130,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent trente dirhams***



DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste au CHU Ibn Rochd -Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie - Biochimie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Biologie de la Reproduction

Prélèvement du: 29/02/2024 12:01

Edition du : 29/02/2024

CIN : B398238

Mr CHRAIBI Abdelmalek

Dossier N° : 290224-067

Date de Naissance : 01/06/1953

Demandé par Dr : SALWA NADIR

Page : 1 / 1



BIOCHIMIE

ASAT (Aspartate Aminotransférase)

(Techn.cinétique IFCC)

65 UI/L

Valeurs Usuelles

(Inférieur à 40)

Antériorité

ALAT (Alanine Aminotransférase)

(Techn.cinétique IFCC)

36 UI/L

(Inférieur à 45)

LABORATOIRE 2 MARS
d'Analyses Médicales
Biologie Médicale et Spécialisée
102, Avenue 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 865 054 Fax: 0522 864 844

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30 - (Prélèvement à domicile)

102, Av 2 Mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca - Tél: +212 522 865 054 / +212 522 864 844

Urgences et RDV : +212 771 090 961 / +212 663 333 570 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com - SiteWeb : www.laboratoire2mars.ma

IF : 26070433 - CNSS : 1088383 - TP : 36339707- INPE : 093062271 - ICE : 002117477000018