

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



Declaration de Maladie

N° W21-616502

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12513 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : SALEHADINE MARIAN
 Date de naissance : 16/03/1986
 Adresse : CASI SQUARE INNEUBLE A6 APP 001 RDC
 Tél. : 0674494038 Total des frais engagés : 1427,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. KABBAL Loubna
 Hépto-Gastro-Entérologue
 5 Rue Galien Casablanca
 tél 0522 22 34 89/0522 22 38 2
 Date de consultation : 14/01/2024
 Nom et prénom du malade : Salehadine Marian Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection auto-immune
 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

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
17/01/24	C2		2020	INP : 091081823

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/01/24	927,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/01/24	K30	50206

AUXILIAIRES MEDICAUX

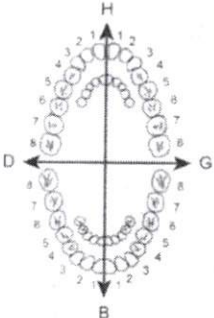
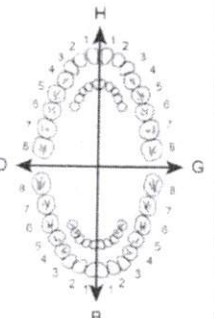
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse			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 KABBAJ Loubna

Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif, du Foie et de l'Anus
Fibroscopie - Coloscopie - Échographie - Proctologie
Ex-Attachée d'Endoscopie et d'Échographie, au CHI Ibn Sina de Rabat
Membre de l'Association Américaine d'Étude des Maladies du Foie
Expert Assermenté auprès des Tribunaux de Casablanca



الدكتورة قبا ج لوبنا
أخصائية

أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و المخرج
التنظير الداخلي - الكشف بالصدى - علاج البواسير
ملحقة سابقا بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط
عضو في الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد
طبيبة محلفة لدى المحاكم بالدار البيضاء

17/01/2024

Casablanca, le

Mme SALEHDDINE Mariam

DERMASEPT gel lavant
en bains de siège tiède après la selle

FUCIDINE
1 application matin et soir

MEBO
1 application matin et soir

FUCIDINE 250
2 cp matin et soir (pendant 8 jours)

OSMOSINE
1 cuillère à soupe par jour (cfe)

ALGIXENE 250
2 comprimés matin et soir après repas

FLAGYL 500
1 cp 3 fois par jour après repas

PHARMACIE DATAI
24 Bis, Rue des Vanneaux
Casablanca
Tél: 05 22 99 27 54 - Fax: 05 22 23 02 92

Dr. KABBAJ Loubna
Hépto-Gastro-Entérologue
5 Rue Galien Casablanca
Tél: 0522 22 34 89/0522 22 38 24

mebo 0,25% 

Pommade dermatique

Tube de 30 g



6 118001 010110

B. No : 00879

MFG : 05 2023

EXP : 04 2028



Flagyl® 500mg

Métronidazole

20 comprimés pelliculés

LOT : 23E020
PER: 05 2028

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

ALGIXENE® 250mg

naproxène

30 Gélules



6 118000 1230069

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'invillie

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'invillie

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'invillie

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'invillie

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

OSMOSINE® 

Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118000 210054

PPV
34DH00

Docteur KABBAJ Loubna
Spécialiste

Maladies de L'Appareil Digestif, du Foie et de L'Anus
Fibroskopie - Coloscopie - Echographie - Proctologie
Ex-Attachée d'Endoscopie et d'Echographie au CHI Ibn Sina de Rabat
Membre de l'Association Américaine d'Etude des Maladies du Foie
Expert Assermenté auprès des Tribunaux de Casablanca



الدكتورة قباچ لبنى
أخصائية

أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و المخرج
التنظير الداخلي - الكشف بالصدى - علاج البواسر
ملحقة سابقا بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط
عضو في الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد
طبيبة محلفة لدى المحاكم بالدار البيضاء

Casablanca, le

Note d'honoraires

Date	Numéro
17/01/2024	F/10112

SALEHDDINE MARIAM

Date	Lieu	Acte	Montant
17/01/24	Cabinet	Consultation	300,00
		Echographie	500,00
Total			800,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAMS

Dr. KABBAG Loubna
Hépatogastro-entérologue
5 Rue Galien - Casablanca
Tél : 0522 22 34 89 / 0522 22 38 24

Docteur KABBAJ Loubna
Spécialiste

Maladies de L'Appareil Digestif, du Foie et de L'Anus
Fibroscope - Coloscopie - Échographie - Proctologie
Ex-Attachée d'Endoscopie et d'Échographie au CHI Ibn Sina de Rabat
Membre de l'Association Américaine d'Étude des Maladies du Foie
Expert Assermenté auprès des Tribunaux de Casablanca



الدكتورة قباچ لبنى
أخصائية

أمراض الجهاز الهضمي، الكبد و المخرج
التنظير الداخلي - الكشف بالصدى - علاج البواسر
ملحقة سابقا بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط
عضو في الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد
طبيبة محلفة لدى المحاكم بالدار البيضاء

17/01/2024

Casablanca, le
Echographie Abdominale

Mme SALEHDDINE Mariam

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.
Vaisseaux hépatiques libres.
Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.
Pancréas d'aspect échographique normal.
Rate homogène, de volume normal.
Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinuale, .A
noter un microcalcul de 3 mm à gauche sans dilatation calicielle.
Aérocolie importante.

Conclusion

Microlithiase rénale gauche non obstructive.

Dr. KABBAJ Loubna
Hépto-Gastro-Entérologue
5 Rue Galien Casablanca.
Tél 0522 22 34 89/0522 22 38 24

Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

17012024-102703
SALEHDDINE, MARIAM

Exam

N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

17-01-2024

