

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.

Prothèse 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 chronique 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

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° P19-0004263

☐ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7843 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHASTIA HOUSSAIN Date de naissance : 13/11/1967

Adresse : COOP ACHAR OF 17/12/13 HAZ CHRIKA

Tél. : 0675213941 Total des frais engagés : 1310.6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/2019

Nom et prénom du malade : Mme AGHDIF Bahija Age :

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

Nature de la maladie : 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 : 16/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ACH-CHARAF</p> <p>Dr. Bouchra TAOUDI</p> <p>Coopérative Ach-charaf N°DM2</p> <p>Inara Haddaouia Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 21 64 09</p>	30/09/19	160.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/03/83	B250 B400 B250	900,00

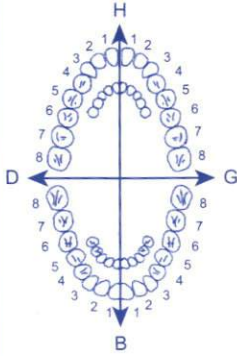
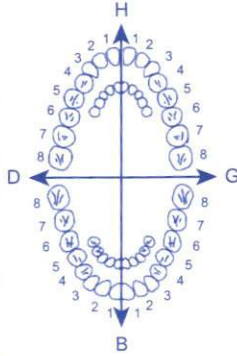
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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"/>															

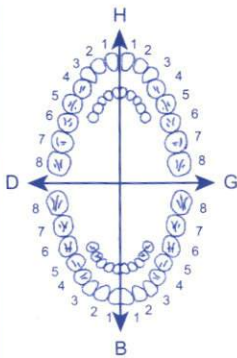
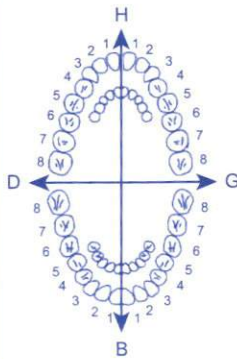
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

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'OD

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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'E

**Docteur AMINE Abdelkader
SPECIALISTE**

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE
de l'Université de paris
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65
CASABLANCA

**الدكتور أمين عبد القادر
إختصاصي**

أمراض الجهاز الهضمي

طبيب مساعد سابقا بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدروس العليا لجراحة و علاج البواسير

و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

الكشف بالمنظار

73، شارع محمد الخامس

الهاتف: 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 - الفاكس: 05 22 27 56 65

الدار البيضاء

Casablanca, le 30/09/2019

Mme AGHDIF Bahija

DOGMATL 50 mgCP

1 comprimé, le soir / après repas

N°1

/ 1 bte

MEZOR 20 mg CP

1 comprimé, le matin à jeûn / 30 à 60 minutes avant repas

N°1

1 bte de 14

MOTILIUM SUSPENSION N°1

2 c à café 3 fois par jour / avant repas

/ 1 flaco

LOT: 9MA037
PER: 12/2021
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V: 32DH90



LOT: 8MA157
PER: 10/2021

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP 6UV FL 200 ML

P.P.V: 40DH80



PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUZI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouta Casablanca
Tél: 05 22 27 64 09

Docteur AMINE ABDELKADER
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
73 Bd Mohammed V - CAS
27.56.65 et 27.22.82

Docteur AMINE Abdelkader
SPECIALISTE

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE
de l'Université de paris
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65
CASABLANCA

الدكتور أمين عبد القادر
إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

طبيب مساعد سابقا بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدروس العليا لجراحة و علاج البواسير

و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

الكشف بالمنظار

73، شارع محمد الخامس

الهاتف: 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 الفاكس: 05 22 27 56 65
الدار البيضاء

Casablanca, le 30/09/2019

Mme AGHDAIF Bahija

HBP (sérologie de l'HELICOBACTER PYLORI)
-Dosage vitamine D2/D3



Docteur AMINE Abdelkader
Spécialiste des Maladies
l'Appareil Digestif
73, Bd Mohammed V - CAS
Tél: 27.56.65 et 27.22.82

www.docteuramine.com

dramine73@hotmail.com



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS

Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie

Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI

Facture n° 91413623 D.U Assurance Qualité Paris V

CASABLANCA LE : 30/09/2019

Analyses effectuées le: 30/09/2019

Pour.....: **Mme AGHDIF BAHJA**

Sur prescription du: Dr AMINE ABDELKADER

Code.....: 2IC8275



Organisme.....:

Bilan:

HEL VITA

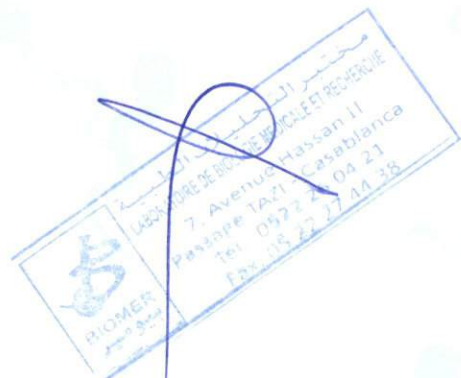
CC2000123

Cotation : (B⁴⁰⁰)

Montant Net : 900.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

NEUF CENTS Dhs 00 Cts



biomerlaboratoire@gmail.com - Site Web : www.labobiomer.ma

LA QUALITÉ D'ABORD

7, Avenue Hassan II - Passage TAZI - CASABLANCA 20080 - الدار البيضاء - ممر التازي، شارع الحسن الثاني، 7

Tél/Fax : 05 22 26 04 21 / 05 22 27 44 38 - E-mail : azzbenhayoun@hotmail.com

R.C CASA : 200668 - Patente : 33200335 - I.F.: 41500080 - C.N.S.S.: 1241413 - ICE : 001637771000058



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS
Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie
Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI
D.U Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 30/09/2019

Prélèvement reçu à : 10:36

Edition du : 30/09/2019



Mme AGHDIF BAHJA

Code Patient 21C8275 Réf.: 909300906

Médecin: Dr. AMINE ABDELKADER

HORMONOLOGIE
ELECSYS 2010.ROCHE

* VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-Vitamine D) : 48 ng/ml
Valeurs de référence : 30-80 ng/ml
Insuffisance : 10-30 ng/ml
Déficience : <10 ng/ml

VIROLOGIE

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

SEROLOGIE DES INFECTIONS A HELICOBACTER PYLORI : EIA Behring

Ac. Anti-Helicobacter pylori IgG :

Résultat : 116 RU/ml

<16 RU/ml : négatif

16<douteux<22

> 22 positif

CONCLUSION

: SEROLOGIE : POSITIVE

