

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0044502

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13019 Société : rtm
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. ADDON
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Agé ☐ 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

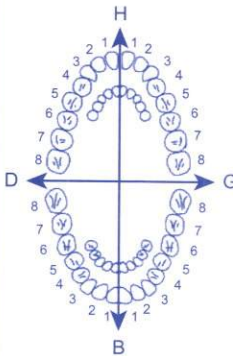
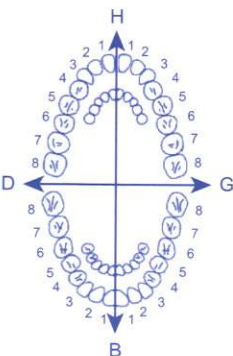
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 35533411 11433553 B G [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

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-628284

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0013019 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. ADDOU
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0522912022 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/08/2022
 Nom et prénom du malade : ERBANI Dima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : D. ARRAEE CLONIQUE
 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 : 08/08/22

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	Cash et Remboursement
08.03.2022	visite spécialisée		40000	Docteur Mohamed Slaoui Spécialiste Hépatogastro-entérologie et proctologie, Hôpital de la Clinique Chirurgicale ENDOSCOPIE 17, Rue Soliman

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/09/22	B800 +PVT	1072,00
	08/07/22	P322	800,00

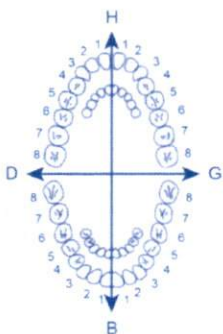
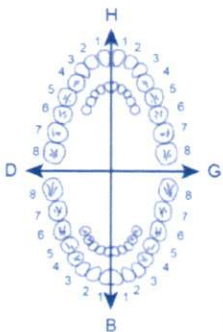
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

tel: 0662 72 89 789

P 22 EL



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

u fl

Dr. Leïla BENKIRAN

c lachuk

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur M^{me} ERBAHI DINA

Nom et prénom

Né le : 22/10/1974



CLC22G06112415

Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : *diar / Anté / Post / En rel*

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : *Drastie crimp*

- Traitements éventuels : *4 res faibles Leuco y l'urine*

Renseignements cliniques et paracliniques : *vitamin B12 bon*

diar N° 6 / Stigmas v. l'urine ?

Anté N° 6 : 45' / Post N° 6

En rel N° 6 / 3 res (G)



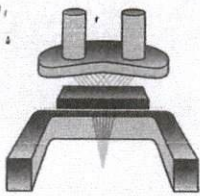
Radiographies :

Date :

17/7/12

Signature





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/07/22

Nom & Prénom : Mme ERBAHI DINA
Sur ordonnance du : Dr SLAOUI MOHAMED
Réf. : 22H07130

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 06/07/22

Organe ou siège du prélèvement : tube digestif

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 48 ans

Diarrhée chronique ++

ATCD familial de néo gastrique vitamine B12 basse

Duodénum normal 1 atrophie villositaire ?

2-Antre normal : Hélicobacter Pylori 3-fundus normal

Colon normal biopsie étagés 4

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I- Ce prélèvement est constitué de deux fragments biopsiques d'une muqueuse gastrique de type antral dont la composante épithéliale est bien différenciée de hauteur conservée et sans anomalie cytonucléaire. Le chorion est légèrement infiltré d'éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires. La musculaire-muqueuse ne présente pas de particularité.

La recherche d'hélicobacter pylori est restée négative.

Conclusion : Antrite chronique légère (+) non atrophique non active sans Hélicobacter Pylori.

Absence de métaplasie intestinale ou de dysplasie.

Pas de malignité.

II- L'examen histologique a porté sur quatre fragments biopsiques d'une muqueuse gastrique de type fundique de hauteur respectée. Les glandes sont bien différenciées et normosécrétantes sans signe de métaplasie intestinale et dépourvues d'atypie cytonucléaire.

Le chorion est légèrement infiltré d'éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires.

Par ailleurs, la recherche d'hélicobacter pylori sur coloration spéciale est négative.

Conclusion : Fundite chronique légère (+) non atrophique non active sans Hélicobacter Pylori.

Absence de métaplasie intestinale ou de dysplasie.

Pas de malignité.

III- Ces trois fragments biopsiques ont ramené une muqueuse duodénale aux villosités de hauteur normale, revêtues d'un épithélium cylindrique haut comportant une proportion harmonieuse d'entérocytes et de cellules caliciformes. Le tissu interstitiel est oedémateux, congestif et infiltré de lympho-plasmocytes. La musculaire muqueuse est normale. Les glandes de Brünner ne présentent pas de particularité.

La recherche de parasite est restée négative.

Conclusion : Duodénite oedémato-congestive sans signe d'atrophie.

Absence de signe d'infestation parasitaire.

Pas de malignité.

IV- Ce prélèvement biopsique a porté sur une muqueuse iléo-colique à épithélium de surface cylindrique haut normocrine. Les cryptes et les glandes sont normales, bien différenciées.

Le tissu interstitiel est oedémato-congestif et renferme un infiltrat lympho-plasmocytaire diffus, associé à deux follicules lymphoïdes de la sous-muqueuse sans granulome tuberculoïde.

Il n'est pas observé de parasite.

Conclusion : Aspect histopathologique d'une iléo-colite interstitielle non spécifique.

Absence de signe en faveur d'une MICI en poussée.

Absence de dysplasie ou de signe de malignité. Pr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Bd. Zerkouni
22000 Casablanca
Tél : 05 22 22 51 31 / 05 22 22 51 34
Fax : 05 22 22 50 90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 19/09/2022

FACTURE N° : 22/09529

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

800,00 Dhs

HUIT CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **06/07/2022**

Pour **ERBAHI DINA**

Sur ordonnance du : **Dr SLAOUI MOHAMED**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Bd. Zerkouti
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 90



Casablanca, le

الدار البيضاء, في

08/08/2022

ERBAHI Dina

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
159, Bd. Yacoub El Mansour RD, Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
Gsm: 0678 99 19 90

Calprotectine fécale

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie Médico - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya Angle Bd Abdelmoumen
2^{ème} Etage, Imm « Fiat - Jeep » - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 23 78 83 - Tél / Fax: 0522 25 99 87
slaouimed@gmail.com



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Casablanca, le 29/11/2022

Code Patient 18-00525

Nom : Mme ERBAHI Dina

Dossier N° : 050922-036

Prélèvement du: 05/09/2022 12:4

Demandé par Dr : SLAOUI MOHAMED



Compte rendu d'analyses

AUTO-IMMUNITE

CALPROTECTINE FECALE : 31,00 µg/g (Inférieur à 50)

Interprétation:

Calprotectine fécale < 50 µg/g : une maladie inflammatoire des intestins est peu probable

Calprotectine fécale 50 à 200 µg/g : un contrôle à distance est recommandé

Calprotectine fécale > 200 µg/g : une maladie inflammatoire des intestins est probable

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI
Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste
Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Note D'honoraires

Casablanca , le 05/09/2022

Date : 05/09/2022

Patient : Mme ERBAHI Dina

Analyses	Valeur de B	Montant
CALPROTECTINE FECALE	800,00	1072.00
TOTAL :	800,00	1 072,00

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI KENZA
159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
Gsm: 0678 99 19 50

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : mille soixante-douze Dirhams ***