

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.

Biologie 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

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- 067982

ND: 32108

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7875 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Lotfi Baïda
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 ☐ 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067982

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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.

Diagnostique 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

N° P19- 0040078

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7875 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : LOTFI SAÏDO
Date de naissance : 12/06/2020
Adresse :
Tél :
Total des frais engagés : 200 + 155,60 + 828 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2020
Nom et prénom du malade : LOTFI SAÏDO Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : GASTRITE
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 : 22/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 JUN 2020	C2		200,00	MADECINE GENERALE Capital Center, Entrée B-11 Boulevard Anouar - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nour El Aoud Droguier en Pharmacie 106, bd. Bourdeaux - Casablanca Tél : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 45 19 10	01/06/2020	155,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/06/20	H W 600	829,00

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

EXAMEN du : 10/06/20 à 10h37

Edité le : 15/06/20 à 14h50

Mme LOTFI Saida

Patient 302787 Né(e) le 01/02/1966

Dr. ENNABIL Malika

Prélèvement effectué au Laboratoire

Page : 1 / 1

IMMUNO-SEROLOGIE

NORMES

ANTECEDENTS

TEST RESPIRATOIRE A L'UREE 13C (HELICOBACTER PYLORI)
(Technique spectrophotométrique infrarouge isotopique)

T0 delta°/00

T30 delta°/00

T30 - T0 delta°/00

RESULTAT : Faible charge bactérienne, taux de CO2
très bas.

Remarques

Le test respiratoire à l'urée marquée au 13C
est la technique GOLD STANDARD pour le contrôle
de l'éradication de l'*Helicobacter pylori*.
Le test peut être utilisé chez l'enfant à partir de 5 ans.

Dr MALIKA BENKIRAN


Dr MALIKA BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition

D.I.U Echographie



الدكتورة مليكة النبال

الطب العام

التغذية

الفحص بالصدى

Casablanca, le : 01 JUN 2020 في : الدار البيضاء

LOT : 20E004
PER : 12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

OTFI Saïdo



56,00 - Stilnox

1 UP le soir



99,00 - Relaxium 375

1 gel au lit

LOT: 200035
DLUO: 02/2023
99,00 DH

155/160

Docteur Malika ENNABIL
MEDECINE GENERALE
Capital Center, Entree B - N°
Boulevard Anoual - Casablanca

Pharmacie
Argane
Najma El Aoud
188, bd. Bourdelux - Casablanca
Tél : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 28 10

DATE: 01/06/2020
N° ORDONNANCIER: 1525
Pharmacie Argane
Najma El Aoud
(01)
stilnox

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition
D.I.U Echographie



الدكتورة مليكة النيدل

الطب العام
التغذية
الفحص بالصدى

Casablanca, le : **01 JUN 2020** : الدار البيضاء, في

N° 20 TFI Saïda

- Recherche de l'HP par
le Test respiratoire
à l'urée

Docteur Malika ENNABIL
MEDECINE GENERALE
Capital Centre - Avenue B - N° 1
Boulevard Anoual - Casablanca

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX * CBH ***
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 65 / 05 22 27 66 74
① Fax: 05 22 20 35 15

Capital Centre
203, Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen
1^{er} Etage N° 1, Imm. B - Casablanca -

كابطال سنطر
203. زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال
الطابق الأول الشقة رقم 1 العمارة ب - البيضاء -

☎ : 05 22.25.02.45



LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca

Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74

Fax : 05.22.20.35.15

Patente : 36332437

I.F. : 40288423

CNSS : 8036726

N° ICE : 0017 10887 0000 07

Code INPE: 093062362



093062362

FACTURE No : 142684

Casablanca, le : 10/06/2020

Analyses effectuées le .. : 10/06/20 à 10h37
Sur prescription du : Dr ENNABIL Malika

Identité Patient : Mme LOTFI Saida
Code Patient : 302787

BILAN :

1 TRU TEST RESPIRATOIRE A L'UREE (H. PYLORI) HN 600

TOTAL B : 0

TOTAL HN : 600

0

MONTANT : 829,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 829,00 DH

Dr Malika BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX CBH**
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
Fax: 05 22 20 35 15