

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0009457

154566

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 882 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFIDA BENHADJI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJATE - CASA

Date de consultation : 10 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : 1ère phase de la maladie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 2ème phase 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

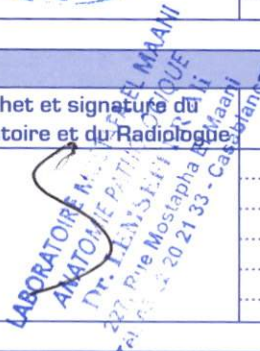
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08.02.23	C PA		250,00	
23				
26.2.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/23	464,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/02/23	172x	802,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

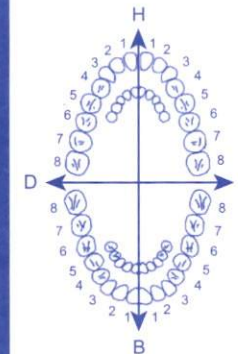
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

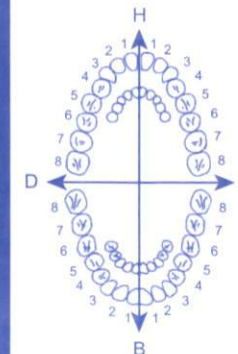
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازييس

Casablanca, le 20/2/23

Mme SENHAJI-ELGAOUAT
Né le : 30/04/1958



CJ023820081511

DR. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, Bd. Ain Taoujate - Casablanca
Tél : 05 22 27 03 53

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél : 0522 26 68 13 - Fax : 0522 48 22 02

144,50
Cngid 20

1 gel de Maldi - at yr x 3ml

40,40
* 2 Meteosym
1 gel x 312

x 10

→ 37 symo L1
1 gel x 1ml

280,00
144,90
PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél : 0522 26 68 13 - Fax : 0522 48 22 02

DR. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, Bd. Ain Taoujate - Casablanca
Tél : 05 22 27 03 53

SysMetix

Synbioceutic

Immuno

10 Bi
Synb

Chaque capsule contient
Mélange de ferments lactiques (Probiotiques)
10 Milliards CFU

Bacillus coagulans - LMG 6326
Bifidobacterium breve - LMG 13208
Lactobacillus acidophilus - LMG 8151
Lactobacillus casei - LMG 6904
Lactobacillus plantarum - LMG 26367
Lactobacillus reuteri - LMG 9213
Lactobacillus rhamnosus - LMG 25626
Saccharomyces boulardii - LMG 6326
Prebiotic (Inuline)
Vitamines C (Camu-Camu) (30% AR*)
Vitamines D3 (30% AR*)

Conseils d'utilisation :

Prendre 1 à 2 gélules par jour selon la recommandation médicale.

Contient : Gélule/capsule : Hydroxypropylmethylcellulose, gélifiant E418, colorant E171 (Vegan, H)
Agent de charge : E460, Camu-Camu (Myrcaria dubia) Extract/Extract (60 mg) dont Vitamine C (24 mg) /
AR/RI*) Lactobacillus plantarum (3.5 10⁹CFU), Lactobacillus casei (2.5 10⁹CFU), Bacillus coar
(2.5 10⁹CFU), Inuline (Prebiotique) (25 mg), Bifidobacterium breve (1.10⁹CFU), Anti-agglomérant : E554
E470b, Saccharomyces boulardii (0.1 10⁹CFU), Lactobacillus rhamnosus (0.2 10⁹CFU), Lactobacillus
acidophilus (0.1 10⁹CFU), Lactobacillus reuteri (0.1 10⁹CFU), Vitamine D3 1.5 µg - 60IU (30% AR/RI*)
* Apports de Référence

Distribué par : **HEALTH INNOVATION**
Communauté Sahel Had Soualem
Siège : 10 Rue Racine Valfleur, Maarif
Casablanca, Maroc
+212 5 22 23 22 51
contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
ONSSA numéro : CAP/58.217.19
N° Enregistrement au ministère de la santé :
2021.2012086/V1/DMP/CA/18

LOT: 22122B
EXP: 05/2024
PVC: 280.000H

5 4300

ميتيوسباسميل®

سترات الفيرين 60 ملغ
سمتكون 300 ملغ
ميتيوسباسميل®

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

702-2025
702-2022
702-2022
98609NA

EXP / تاريخ الانتهاء :
FAB / المصنع :
LOT / رقم اللصقة :

عن طريق الفم
20 كبسولة لينة

ميتيوسباسميل®

LOT : 2559
PER : 10/25
PPV : 144DH50

ملغ 20

٢

أوزول

إزومبرازول



PHARMAS

Avant
Q watin

كبسولة
عن طريق الفم
28

وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية



LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI

Dr. Ali LEMSEFFER

Anatomopathologiste



LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Dr. LEMSEFFER Ali
227, Rue Mostafa El Maani
Casablanca
Tel: 05 22 20 21 33

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom : M^{me} SENHAGI ELGAOUI Hafsa Age: 30.4.1988

Ordonnance du Docteur : Dr M. J. Benkirane

Référence :

Siège et nature du prélèvement : 1) Anus à fond 2) Duodénum

Renseignements cliniques et paracliniques : Myxome kystique thyroïdienne
glandulaire et kystique

Myxome kystique thyroïdienne, qui évolue avec présence d'un
surcroît de la thyroïde par un lipome, biopsie du duodénum sténosée

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parités :

Date : 20.2.2023

Signature :

Y. BENKIRANE MED JALY
PATO GASTRO ENTEROLOGUE
20, AIN TAOUJATE - CASA



LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI
Anatomie Pathologique - Cytopathologie
Examens Extemporanes - Immunomarquage



Dr. Ali LEMSEFFER

Casablanca, le **20/02/2023**

NOTE D'HONORAIRES

Facture N° : **23/579**

M^{me} - M^r **SENHAJI EL GAOUATI Hafida**

Veillez trouver la note d'honoraire concernant les analyses
médicales d'examens Histo-Cytopathologiques faits au
laboratoire et demandées par Dr. **BENKIRANE M. J.**

Réf. Anapath. **23.B.365**

Le montant s'élève à **≠ 800,00 Dh.**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cents Dirhams.

LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Dr. LEMSEFFER Ali
227. Rue Mostapha El Maani
Tel: 05 22 20 21 33 - Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-02-2023

Facture N° 02232/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23B02133439

N° Identifiant : 060965/22

Nom & Prénom **Mme SENHAJI-ELGAOUATI**
: **HAFIDA**

C.I.N : L41427

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-02-2023

Date Sortie : 02-02-2023

Médecin traitant : DR . MAKAYSSI RAKIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MAKAYSSI RAKIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						250,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 250,00

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



Dr. MAKAYSSI Rakia
Anesthésie - Réanimation

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme SENHAJI-
ELGAOUATI HAFIDA
DATE DE NAISSANCE : 30/04/1958
CJO23B02133439



Reçu N°: 135662

Paiement du 02/02/2023 13h38

Actes

Montant

250,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : BENYAHYA Hind Le 02/02/2023 13h38