

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0010380

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1669 Société : RAM 164940
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MME ESSABI Fatima
 Date de naissance : 25/02/57
 Adresse : 104, Bd YACOB ELMANOUBI MARF ASA
 Tél. : 0622 49 18 16 Total des frais engagés : #1184,50# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

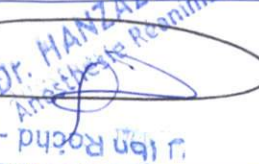
Date de consultation : 12/06/2023
 Nom et prénom du malade : ESSABI Fatima Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 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 : ASA 13 JUIN 2023
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL Le : 13/06/2023

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
12/06/23	CS	CPA	3000 dh	 Dr. HANZALAMINE Anesthésiste Réanimation J. Ibn Rochd - Casablanca gastro-entérologie Professeur Agregé
12/06/23	G		3000 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie TADJ OUB EL MANSOUR 63-65 Bd. Tadj Oub - Casablanca Tel: 0522 25 52 04	12/06/23	8578

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 BN NAFIS التصوير الطبي والتشخيص Radiologie & Imagerie Médicale 32, Bd. Mohammed VI - Casablanca	12/06/23	5	30000 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

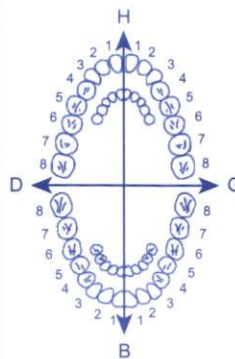
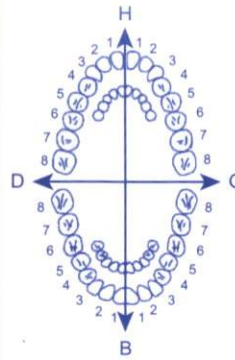
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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"> <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 <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'EXECUTION



ORDONNANCE

12 / 06 2023
ESSME
FATIMA

Des 2500 depts
(visibilité de l'acte)
SVL

Ellyne 2500

IMMAGIS
RADIOLOGIE
RADIOLOGIE
RADIOLOGIE

Tahiri Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca



ORDONNANCE

12/06/2023

ESSME
FARM

Mme. BENNIS Zineb
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
63 - 65 Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 52 04 - Casablanca

1) FORTRANS

2ltys de 24 → 02h

2ltys de 6h → 8h

Lot : 038
A utiliser de
préférence avant le : 04/2027

PPC : 84,50 DH

84.50
2/

ZETM AX tube



2 tube de 15

2 tube de 15

CHU Ibn Rochd - Casablanca

gastro-entérologie
Professeur Agrégé en

Dr. Tahar Jaber Hassan Mohamed



FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	12/06/2023
DATE EXAMEN	12/06/2023

ESSARI FATIMA

Désignation	Montant
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	500,00
<u>TOTAL</u>	500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de CINQ CENTS DHS

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
IBN NAFIS
Radiologie & Imagerie Médicale



Casablanca, le 12-06-2023

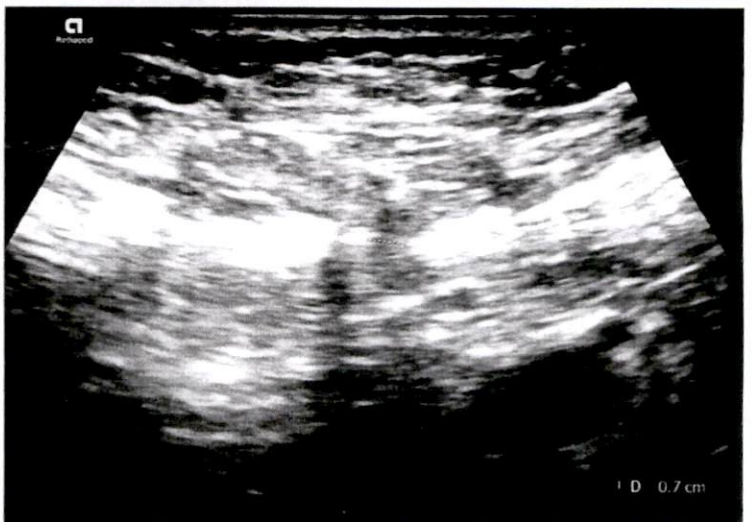
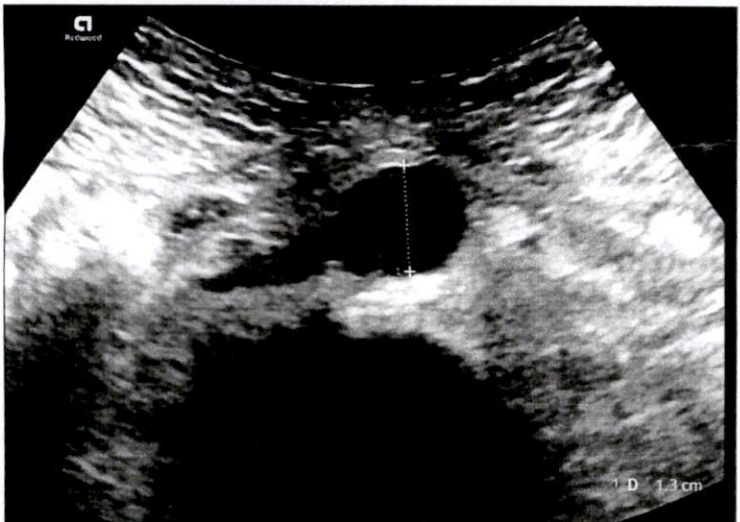
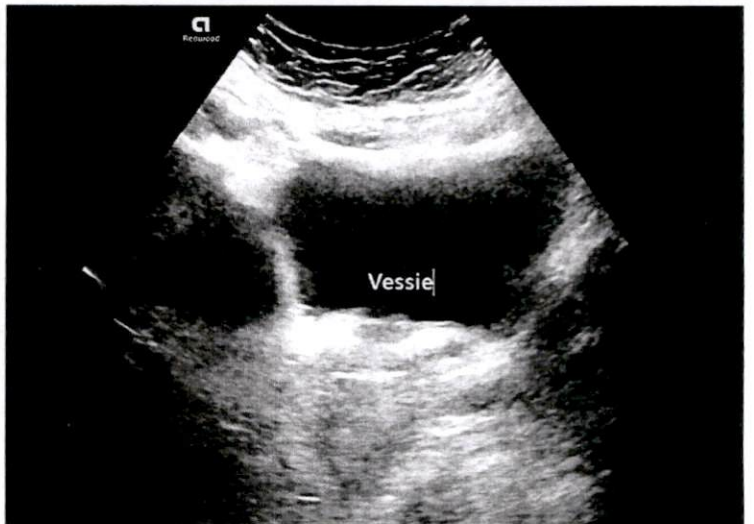
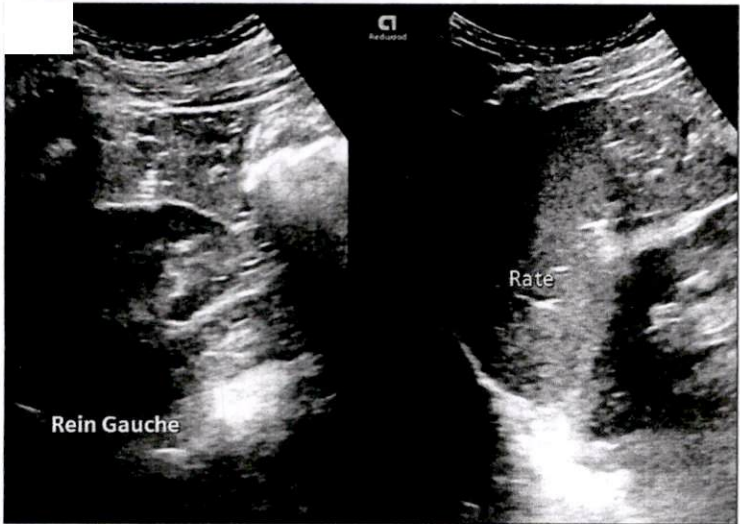
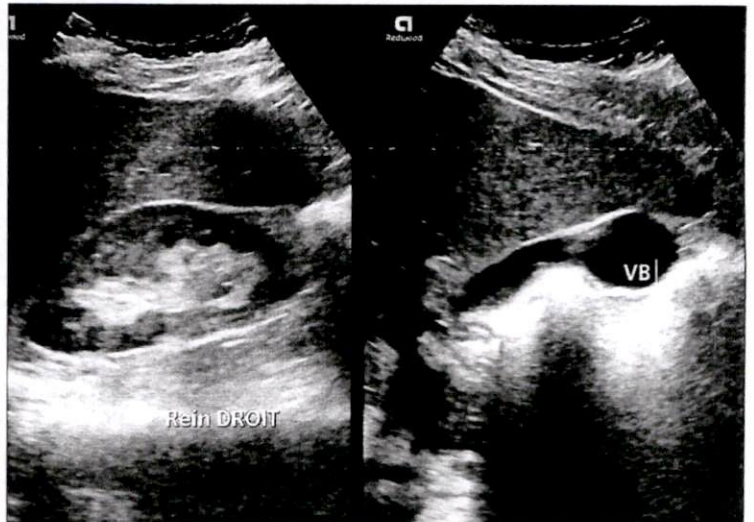
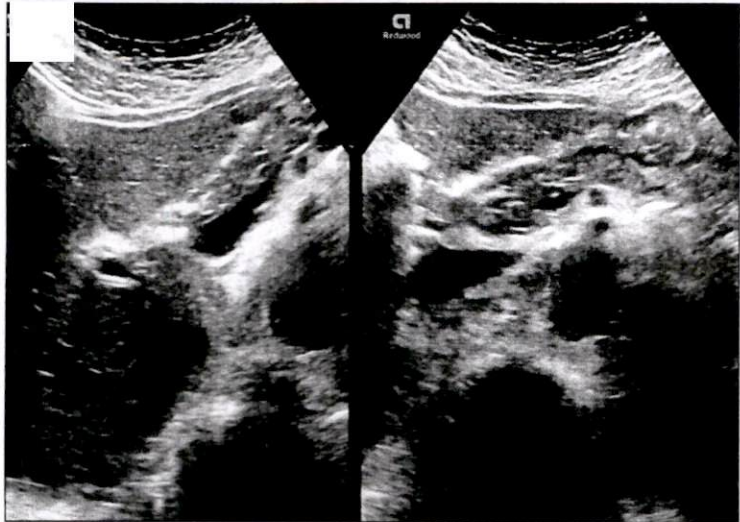
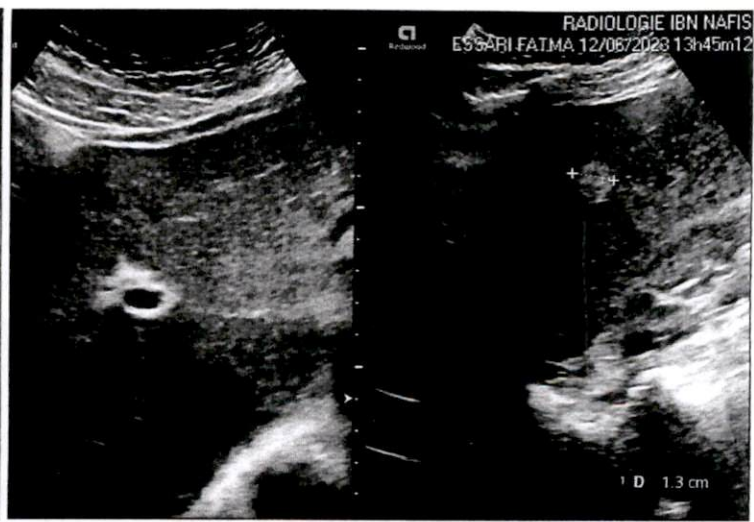
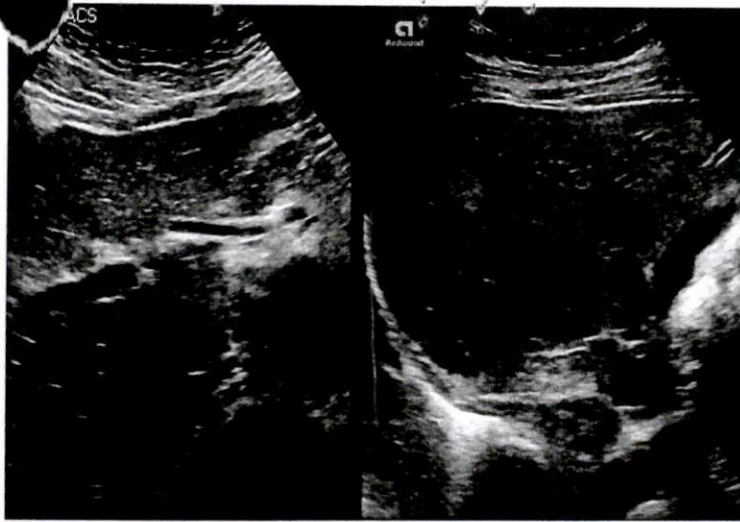
PATIENT: ESSARI FATIMA**ECHOGRAPHIE ABDOMINOPELVIENNE****RESULTATS :**

- Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène, siège au niveau du segment VI d'une formation nodulaire bien limitée hyperéchogène, mesurant 13 mm de diamètre.
- Tronc porte de calibre normal, perméable.
- Vésicule biliaire non distendue, à paroi fine, libre.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la VBP.
- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés, sans dilatation des cavités excrétrices.
- Rate de taille normale, de contours réguliers, homogène.
- Pancréas d'aspect échographique normal.
- Absence d'épanchement intra péritonéal.
- Vessie pleine à contenu homogène.
- Aorte abdominale de calibre normale, perméable.
- Présence d'un défaut pariétal au niveau de la ligne blanche sus ombilicale à contenu graisseux à travers un collet mesurant 7 mm de diamètre.

CONCLUSION :

- Angiome hépatique du segment VI du foie.
- Hernie de la ligne blanche sus ombilicale à travers un collet de 7 mm à contenu épiploïque.

**Merci de votre confiance
Dr BELAAROUSSI**



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 15332 / 2023 du 12/06/2023

Nom patient **ESSARI FATIMA**

Entrée 12/06/2023

PAYANT

Sortie 12/06/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. HANZAZ AMINE (reanimateur) CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. HANZAZ AMINE
Anesthésiste Réanimation

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
22 Bd Panoramique Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 15261 / 2023 du 12/06/23

Nom patient **ESSARI FATIMA**
PAYANTEntrée 12/06/23
Sortie 12/06/23

CONSULTATION PR TAHI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CONSULTA	1.00		50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total Clinique				50.00

PR. TAHIRI JOUTEI HAS (gastro-enterolog) CONSULTA	1.00		250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total Autres prestations				250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE U
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01