

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0058250

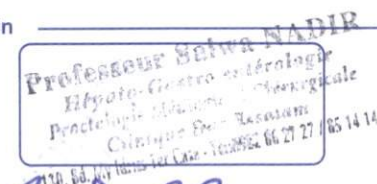
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3259 Société : RAM 173149
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAMZA OUI abdelmalek
Date de naissance : 06-08-53
Adresse :
Tél. : 0676997727 Total des frais engagés : 1062,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/08/2023
Nom et prénom du malade : MEJ OUI 66 EL HAMZA OUI NADIR
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

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 : CASABLANCA Le : 28/08/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

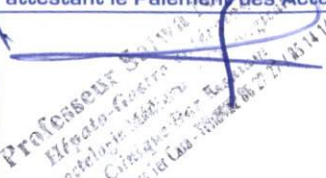
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
10/08/2023	9		3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/23	112,60
	10/08/23	250,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10.08/2023	RADIOGRAPHIE DOMINALE	4000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

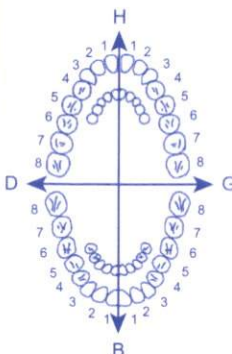
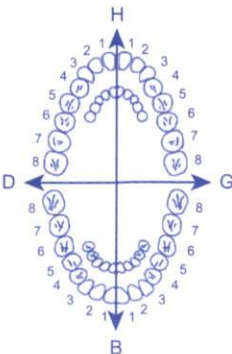
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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>H</td> <td>G</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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	G																
	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

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 10.08.2023 في الدار البيضاء.

Note d'honoraires

Le docteur

Professeur Salwa NADIR
Hépatogastro-entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Clinique Dar Salam - Casablanca
120, Bd. Moulay Idriss 1er - 20100 - Tél : 05 22 86 27 86 / 05 22 85 14 14

a l'honneur de présenter ses compliments

à Mr (Mme)

Mr. Hassan Ajjat

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de 100.00 dhs.

pour

ECHOGRAPHIE
ABDOMINALE

Professeur Salwa NADIR
Hépatogastro-entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Clinique Dar Salam - Casablanca
120, Bd. Moulay Idriss 1er - 20100 - Tél : 05 22 86 27 86 / 05 22 85 14 14

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le.....10.08.2023 في الدار البيضاء،

Mme MEKOUAR EP EL HAMZAOUI Najat

Prendre :

1 - OSMOSINE SUSPENSION BUVABLE

2 cuillères à soupe le soir, pendant 15 jours.
puis 1 cuillère à soupe par jour pendant 15 jours

puis un jour sur deux pendant 15 jours

2 - BALLONYL

2 gélules le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

3 - HEMOFAST SUPPOSITOIRE

1 suppositoire le soir, pendant 10 jours.

4 - AVENOC pom : T/30g

Faire 1 application le soir, pendant 10 jours. avec le suppositoire

5 - RELAXIUM B6 375MG

1 gélule le soir, après le repas, pendant 1 mois. vers 19 heures

6 - REFLUXAID

1 sachet en cas de besoin

7 - DAFLON 1000

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10 - رقم 4، الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 85 14 14 - شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام، 728،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma - الموقع الإلكتروني

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

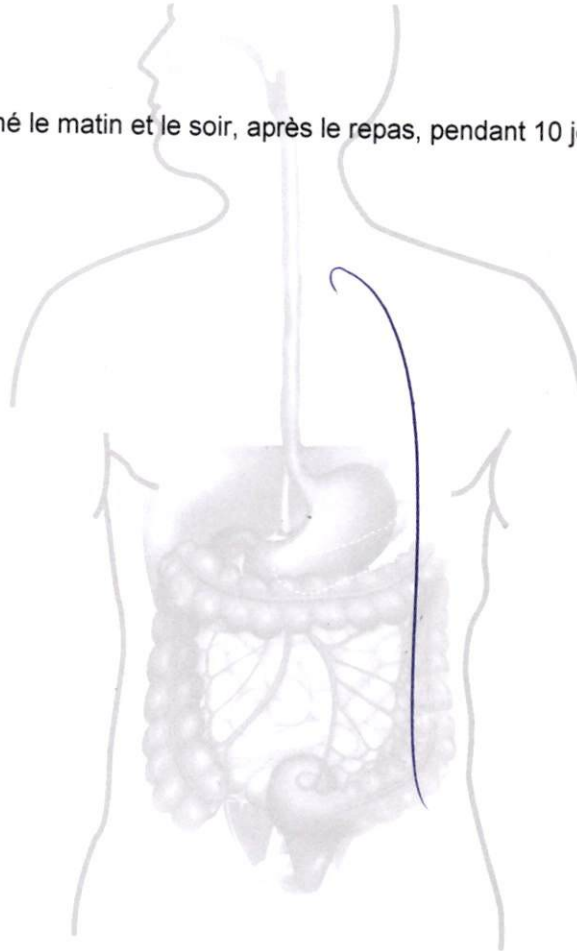
10.08.2023

Casablanca, le..... في الدار البيضاء،

Mme MEKOUAR EP EL HAMZAoui Najat

Prendre :

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.



Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،

مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14 - Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14

الموقع الإلكتروني : E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le.....24.08.2023.....في الدار البيضاء،

Mme MEKOUAR EP EL HAMZAQUI Najat

Prendre :

56,30x2 - D-CURE 25000

1 ampoule tous les 15 jours pendant 3 mois à boire

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B01D
EXP: 02/2025

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B01D
EXP: 02/2025

Pharmacie AL MAWLA
Angle Rue Ibnou Kati
et Abou Hassan Sagh
Maârif Extension Casa - Tél 0522 23 17 0

Professeur Salwa NADIR
Hépatogastroentérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،
مصحة دار السلام، 728، Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 85 14 14 - شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء -

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

Casablanca ,le 10: /08/2023

Nom et Prénom : Mme MEKOUAR EL HAMZAOUI NAJAT

Age : Née en 1965

Indication : Ballonnement abdominal/Constipation chronique

COMPTE RENDU

- Foie de taille normale ,de contours réguliers ,d'échostructure homogène.
- Absence de lésion focale hépatique .
- Absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques .
- Absence de dilatation de la voie biliaire principale.
- Tronc porte de calibre normal.
- Absence d'épanchement dans la cavité abdominale .
- Vésicule biliaire libre. Sa paroi est fine.
- Absence d'épanchement péritonéal .
- Reins, rate ,pancréas sans anomalie.
- Aérocolie++

Conclusion : Echographie abdominale sans anomalie

Pr S.NADIR

Professeur
Président
NADIR
27/08/2023
120 Bd. du 11 Mars 1963
Casablanca