

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

M23- 0014409

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE FATNA EP 2 IDANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/08/2023

Nom et prénom du malade : RAHMOUNE FATNA Age :

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

Nature de la maladie : Gastro-Entérologie

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 19/08/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/08/23 | 811 | 3420H | 3420H | Dr. Hamza DEBBAGH des Spécialités 159 Boulevard de la République Casablanca Tél : 05 22 80 75 59 |
| | 811 | 3420H | 3420H | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MALIKA Dr. LEBBAR MALIKA 579, Boulevard Mohammed VI Casablanca Tél : 05 22 80 75 59 | 18/08/23 | 4.27,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

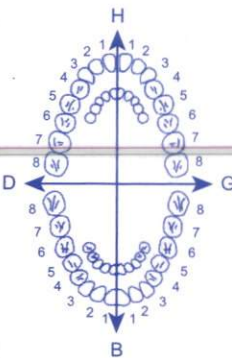
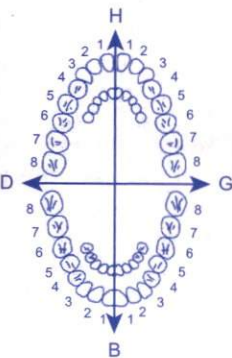
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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

19/08/2023

Echographie abdominale

Mme RAHMOUNE Fatna

Indication

Douleur abdominales.

Examen

Difficile, réalisé en partie par voie intercostale.

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers, lobe gauche légèrement bosselé, très légèrement hyperéchogène.

Cholecystectomie.

Voie biliaire principale de calibre normal.

Pancréas d'examen difficile en raison d'interpositions digestives.

Absence d'adénopathies profondes.

Rate homogène

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles. présence de microcristaux bilatéraux

Absence d'épanchement intrapéritonéal

Oedème de la paroi gastrique

Conclusion

Aspect de gastrite

Stéatose Hépatique minime

Aérocolie diffuse



DR. HAMZA DEBBAGH

Diplômé de l'Université UMF

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif

Œsophage, Estomac, Intestin, Foie, Obésité

Hémorroïde, Fissure, Fistule, Fibroscopie, Ballon gastrique

Echographie abdominale

الدكتور حمزة الدباغ

خريج كلية UMF

اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

المعدة - الامعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار بالفيديو

للمعدة والامعاء

الفحص بالصدى ما فوق الصوتية

Casablanca, le

19/08/2023

Mme RAHMOUNE Fatna

NOTE D'HONORAIRE

| Actes | Montant |
|----------------|---------------|
| Consultation | 300,00 |
| Echographie | 300,00 |
| Total : | 600,00 |

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Dr. Hamza DEBBAGH
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
159 Bd. Bourgogne appt N° 21, Anfa
Tél : 06.60.76.87.82 - 06.60.76.87.82
Email : hamzadebbagh2302@gmail.com

159, شارع بركون شقة رقم 21 الدار البيضاء

159, Bd. Bourgogne appt N° 21 Casablanca

Tél. : 06.60.76.87.82 Email:hamzadebbagh2302@gmail.com

Dr. Hamza DEBBAGH

Diplômé de l'Université CLUJ
Spécialiste du foie et
des maladies de l'appareil digestif
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Médicale
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,
Ballon intra gastrique
Echographie Digestive



الدكتور الدباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
علاج المعى الغليظ و أمراض المخرج
التشخيص بالمنظار الباطني
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca le :

19/08/2023



Mme RAHMOUNE Fatna

LOT 211952
EXP 04/2024
PPV 140.00DH

OEDES 40MG

1 gélule matin et soir pendant 7j puis 1 gélule / j le matin pendant 1
mois , 30 min avant repas

MEGASFON 160 ORODISPERSIBLE

1CP 3FOIS PAR JOUR , pendant 20 JOURS

VOGALÈNE SUPPO

1 suppositoire, matin et soir, pendant 2 jours

PUIS

VOGALÈNE

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour , 30 min avant repas, pendant 5
jours

INQULYTE LB

1 sachet, 3 fois par jour, pendant 5 jours

CYSTICAN

2 comprimés par jour pendant 10 jours

LOT : 3186
PER : 03 - 25
P.P.V : 58 DH 30

LOT: 230144
PER: 01-2026
PPV: 11,30DH

OEDES 40mg ○

28 gélules



6 118000 083207

INQULYTE[®] LB

N° CE : 20212107630/1/CA/DMP/18

N° Lot : ILB-01

Fab : 03/2022

À consommer avant la date EXP :

02/2025

PPC : 49,00 MAD



8 906115 620961

N° CE : 20212107630/1/CA/DMP/18

N° Lot : ILB-01

Fab : 03/2022

À consommer avant la date EXP :

02/2025

PPC : 49,00 MAD



8 906115 620961

Lot n°: 325124

A consommer de

préférence avant le : 07/2025

PPC : 119,50



8 435100 890619