

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES RÈMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0051434

ND: 79086.

Aventi
Ma
CR
RX
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 08112 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : A270TAZ koutayeb

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. : 0522 75 63 24 Total des frais engagés : 2559,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/07/2021

Nom et prénom du malade : SAAD DAHMANI LOUIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tumeur neoplasme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

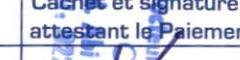
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
07/01/2021		a	c	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. H. BENOIS Rue de l'Église 116 BLOC 1 SIDI BOU BENOUSSI	05/07/2021	3487.0

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Dr. CHERMILLON MEDECIN	Montant des Honoraires
	03.07.91	TOMO	1 F: 187000	CD
	03.07.91	No	16000	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Clinique
Abdelmoumen**
Multidisciplinaire

مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

5/8/2011



PHARMACE GHOFRA
Dr. H. DUAALAILA
RUE 2 NOVEMBRE 1955
Quartier Al Jdid Sidi Bernoussi
Casablanca



Flagyl 500 ملجم 14p + 2/1 M 19.80

Encad 31 14p + 3/1 an mme d 07 32.00
_____ 94.70

* Farha 15ml / 100 ml حمله فريدة من نوعها

Lot: 3912A
• 09.2625
EXP: 02/00 DHS

PPV:

32.00

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
PER: 10/2025

O
P.P.V.: 490H80
6 1180000 060062

12.30

P.O.T. 10/2025

210001





**Clinique
Abdelmoumen**
Multidisciplinaire

مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

17-7-81

S A Adouni R D C I A

2225

Angiologie S.V.
Isdat + 31

2025

Cardiologie S.V.
us, d p + 31 M

Flap larynx S.V.

Wh 301 Max S.V.

Tumor Thyroid S.V.

MEDICAL GROUP GHOFRANI
Dr. HIRIOUA LAJLA
Rue 2 N°. 116 Bloc (C)
Bâtiment Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. Mohammed HERIOUAN
CHIRURGIEN
Dr. Abi Hourra - Bloc 1 - No 1
Tel: 022 50.04.45 - CASABLANCA

شارع عبد المؤمن، 27، زنقة الإمام البصيري فرانس س فيل - العاربيضانة
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA
Tél. : 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06
E-mail : cliniqueabdelmoumen@gmail.com

338150

25,00

RES

PPU: 222,00 DH
LOT: 646043
PER: 06/22

IXOR 20 mg 7 comprimés effervescent

PPV 410H30
EXP 02/2023
LOT 00029 2

LOT: 20E038
PER: 10/2025

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820

P.P.V 49DH80

6 118000 060062





Clinique Abdelmoumen

مصححة عبد المومن متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

1/2/2021

Saadani RQ USA

Tumens de charme
recto signorile

→ Recherches signifiantes
avec relations de contexte

J609

K300 + 2 years old

+ 2 Jours d'
recharge
à l'heure
CHIR - RGIE
2 SS 04.45 - B
1 - NC
CAMBRAI

شارع عبد المؤمن 27 زنقة الإمام البصيري - فرانس فيل - الدار البيضاء
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA
Tél. : 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06
E-mail : cliniqueabdelmouen@gmail.com

Docteur Youssef EL ATTAR
Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie
(Estomac, Intestins, Foie, Hémorroïdes)
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Attaché des Services de
Gastro-entérologie des Hôpitaux de Paris
Ex. Gastroentérologue de l'Hôpital
Militaire Moulay Ismaïl - Meknès

- ♦ ECHOGRAPHIE
- ♦ FIBROSCOPIE
- ♦ PROCTOLOGIE

Casablanca, Le : 21/07/21 الدار البيضاء، في :



الدكتور يوسف العطار
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الأمعاء، الكبد والبواصير)
خريج كلية الطب بباريس
سابقاً داخلياً وملحق
بمستشفيات الجهاز الهضمي بباريس
طبيب سابقاً بقسم الجهاز الهضمي
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكتان
❖ الفحص بالأشعة فوق الصوتية
❖ الكشف الداخلي للجهاز الهضمي
❖ جراحة المخرج

OY M^W STADOUNI RQQA

* Scanner abdomino-pelvien

* RX pulmonaire

Bilan d'extension d'un
adénocarcinome de la grande

Dr Youssef EL ATTAR
Gastro-entérologue
109, Bd DRISSE EL HARTI
CASA - Tél: 05 22 37 83

O: C. 05 22 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com

109، شارع إدريس الحارشي - ابن امسيك سidi عثمان - الطابق الثاني - الدار البيضاء
109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik Sidi Othmane-2ème étage - CASABLANCA



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 03/07/2021

Patient (e) : SAADOUNI RQUIA

Médecin prescripteur :

DUPLICATA

TDM ABDOMINALE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales jointives avant et après injection de produit de contraste et balisage rétro sigmoïdien à l'examen.

RESULTAT

Présence d'une formation tissulaire, à contours réguliers de 27mm de diamètre au niveau de la jonction recto sigmoïdienne.

Absence d'anomalies des anses digestives par ailleurs.

Absence de processus focalisé hépatique décelable.

Absence d'anomalies des voies biliaires.

Absence d'anomalies pancréatiques ou spléniques.

Kystes simples de 24mm du rein gauche, absence d'anomalies rénales par ailleurs.

Ganglions inter aorto cave de 5,7mm, absence d'adénopathies profondes par ailleurs.

Vessie de plage homogène, contours réguliers.

Absence d'épanchement péritonéal.

CONLCUISON

Processus bourgeonnant de 27mm au niveau de la jonction recto sigmoïdienne : polype ?

Absence d'anomalies significatives par ailleurs.

DR CHERKAOUI AICHA

Dr.CHERKAOUI AÏCHA
MEDECIN RADIOLOGUE
I.F: 18798652

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1225028	N° SEJOUR :	210050865	FACTURE N° 2105030552				DATE D'ENTREE :	03/07/2021	DATE DE SORTIE :	03/07/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :	SAADOUNI,Rquia		
MALADE :	SAADOUNI,Rquia				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE TDM	TDM	2.00	1000.00	2000.00					0.00	2000.00	
Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE					TOTAUX :	2000.00					2000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU:	2000.00					
DATE FACTURE : 03/07/2021	EDITEE LE : 03/07/2021	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL								
VISA									DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef											
BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA											
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31											

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1225028	N° SEJOUR : 210050867	FACTURE N° 2105030553				DATE D'ENTREE : 03/07/2021		DATE DE SORTIE : 03/07/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : SAADOUNI, Rquia		UF: 5002 URGENCES				SAADOUNI, Rquia				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE.		TOTaux :		160.00						160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE:
CENT SOIXANTE DHS					REMISE :	160.00	REGLE :			AVOIR :
					RESTE DU :	160.00				
DATE FACTURE : 03/07/2021		EDITEE LE : 03/07/2021		PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

