

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 - 5ème étage 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

N° W21-640717

85072

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **08719** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Rengonné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **ABISSAMAH Med CARBI**

Date de naissance : **9.03.1952**

Adresse : **0673784798**

Tél. : **0673784798** Total des frais engagés : **1700,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PROFESSEUR R. ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE-CASA
ICE: 001714242000083
INPE: 091079137

Date de consultation : **4/9/2021**

Nom et prénom du malade : **Tenhi**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affectum**

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 : **Tenhi**

Le : **4/9/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **fsh**

Auto-risation CNBP 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
4/8/2011	Cher radiologie	300, ~ 500, ~ 100, ~		

INPE
091079137

PROFESSEUR R. ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE-CASA
ICE: 00 17 14 24 20 00 633
INPE: 091079137

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Mme. SEKAT Laila

4 Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen

Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tel/Fax : 0522 27 65 89

04/08/2011

600,60 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Particien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

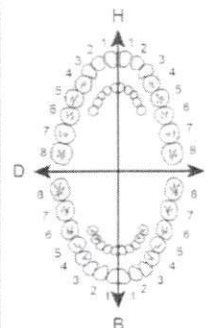
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

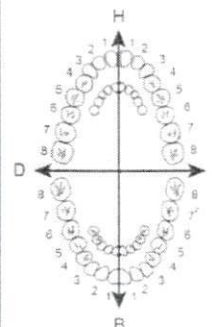
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

04/09/2021

Mr Temsamani Mohamed Larbi

58,00

EFFIPRED 20
2 comprimés le matin

53,00

DAKTARIN GEL BUCCAL
3 fois par jour

48,50

TIBÉRAL 500
1 comprimé, matin et soir après les repas

123,60

INEXIUM 40
1 comprimé le matin, avant le repas

68,60

HEPANAT
2 comprimés le soir

400,60

Traitement pour 10 jours

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al souem roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
40 mg
Boite 14
641750WP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

Pharmacie LILAS .M
Mme. SEKKAT Laila
1 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Maphar
Bd. Iklimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V: 53,00 DH
6 118001 180745

EFFIPRED® 20 mg

PPV: 58,00 DH
EXP: 05/2024
LOT: 14034 6

Tibéral® 500 mg
10 comprimés pelliculés

6 118000 280231

LOT: 21206 PER: 06/2026
PPV: 48,50 DH

PROFESSEUR R.ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE-CASA
ICE:001714242000083
INPE : 091079137

هيپانات
40 قرص

68,60 DH

A consommer de
préférence avant fin: 04/2024
Lot n° X098L

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY
Produit fabriqué par ESI srl
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esi.it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

Pr R.ISMAIL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

112, Bd Anfa – Casablanca

ICE : 001714242000083

INPE : 091079137

Casa le 04/09 /2021

NOTE D'HONORAIRES

Nom & Prénom

Mr TEMSAMANI Mohamed Larbi

Nature de l'acte

Consultation : 300 Dh

Echographie : 500 Dh

Rectoscopie : 500 Dh

PROFESSEUR R.ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE-CASA
ICE:001714242000083
INPE : 091079137

EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mr TEMSAMANI Mohamed Larbi

04/09/2021

Clinique

Dyschésie anorectale.

Examen

Inspection : Marge anale normale.

Toucher rectal : Normal.

Anuscopie : Anite hémorroïdaire.

Rectoscopie : Muqueuse normale.

Conclusion

Maladie hémorroïdaire.


PROFESSEUR R. ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE-CASA
ICE:001714242000083
INPE: 091079137

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

04/09/2021

Mr TEMSAMANI Mohamed Larbi

Clinique

Troubles dyspeptiques.

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.

Veine porte de calibre normal.

Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

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

Kyste rénal gauche connu, stable.

PROFESSEUR R. ISMAIL
GASTROENTEROLOGUE-CASA
ICE: 001714242000083
INPE : 091079137



مركز القدييات

04/09/21 11:38:00

9900147092

91470901

PROF RAFIK ISMAIL

Casablanca

A0000000031010

APP : Visa

TEMSAMANI /MED .M

xxxxxxxxxxxxx5833

01/24 CARTE NATIONALE

A7861098B9B3A596

620-0-9999-1-44

MONTANT: 1300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 002592

STAN : 002066

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT