

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.

Pathologie 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.

Prothèse dentaire :

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

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 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

105625

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006758

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARIDY Mohamed Date de naissance : 13-12-1948
Adresse : Lot Ain Diab II imm A n°9 Casablanca
Tél. : 0661214006 Total des frais engagés : 3700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 / 01 / 2022
Nom et prénom du malade : RABAT ATCHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cystite
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 / 01 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/02/22	Ven. Poutine 6 jours		32000 H	<div> <div> MAWFIK IMRANI Chirurgien Orthodontique 200 Boulevard Mohammed VI Casablanca 20200 Tél: 090062787 Service de Facturation مصلحة الفوترة </div> <div> Dr. Ghali Maârif - Casablanca Tél: 090062787 Service de Facturation مصلحة الفوترة </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div> CENTRE DES RADIOGRAPHIES Dr. Abdoumoumène - Casablanca Tél: 05 22 20 23 00 </div>	17/02/22	455	500,00 DA

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'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

22142826

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : Dr. Rifki

Nom et prénom : LABA: A-b Age :

Date du prélèvement : Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques :

A.T. de l'oeil
respiratoire
+ BCG Thérapie

cytologie bronchique

Cytologie :

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels :

Date :

Signature :

Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

FACTURE

REF : FA22000788

Date de facturation 17 / 02 / 2022
Médecin traitant Dr. MAWFIK
Patient Mme Aicha RABAI
Demande référence **H221AR0826**
Demande reçu le 17/02/2022

A Payer 500,00 Dhs
coefficient-P 455
Mode de règlement Chèque

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. A. RIFKI

CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ENNAFIS
Dr. Abdelmajid RIFKI
11, Rue Lieutenant BERGE - Casablanca
Tél.(LG): 05 22 20 23 02

ICE 001808260000087 IF 41707227 INPE 91120584 INPE du Laboratoire 093002954

11, rue lieutenant BERGE, Mers Sultan. 20130, CASABLANCA. Tél (LG) : 05 22 20 23 02 - Fax : 05 22 20 22 83

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *D. A. A.*

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

optique + hygiène K 30

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

*Traiter de l'os de la jambe + BCG
thérapie*

Cachet, date et signature du praticien

Dr. MAWLIK Hamid
Chirurgien Orthopédiste
307, Rue Mustapha El Maâni
Tél : 0522 48 78 77 - CASA

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :
.....
.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



COMPTE RENDU OPERATOIRE

LE : 17/2/2022

Concernant : RABAT

Date d'intervention : 17/02/22

Opérateur : Dr. A. A. A.

Anesthésiste : Dr. El Hachimi

Acte de resection de tumeur de l'ovaire
et de l'utérus + ABCG therapy

cytologie et histologie

SSA + ponction controlée de l'ovaire
après inflation de la vessie
reste de la cytologie et histologie
Pas de tumeur visible

Dr. MAWELK HADJIC
Chirurgien Urologue
307, Rue Mustapha El Maani
Tél : 0522 48 78 77 - CASA
SIGNATURE

CLINIQUE HAMDANI

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

F A C T U R E

N° : 375 / 2022 du 17/02/2022

Nom patient **RABAI AICHA**
PAYANT

Entrée 17/02/2022

Sortie

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		3 200,00	3 200,00
			Sous-Total	3 200,00
Total Clinique				3 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total 3 200,00



CLINIQUE HAMDANI
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa
CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : RABAI AICHA		
Chambre : CH104		
Médecin traitant	MAWFIK HAMID	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	17/02/2022	
Date sortie	17/02/2022	12:35
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : SARAH1 17/02/2022 11:35 22B170754		





Reçu le : **17/02/2022**

Edité le : **21/02/2022**

Âge : **72 ans**

Notre réf. : **H221AR0826**

Prescripteur : **Dr. MAWFIK**

Patient(e) : **Mme Aicha RABAI**

Organe : **Vessie**

(ATCD de tumeur vésicale réséquée il y a 3 mois + BCG thérapie)

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Il est reçu un fragment biopsique mesurant 2x1mm inclus en totalité.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une muqueuse urothéliale à épithélium régulier. Le chorion est œdémateux, ponctué de quelques lymphocytes et plasmocytes avec une congestion vasculaire.

Il n'est pas retrouvé de foyer tumoral ni de signes de spécificité.

Conclusion :

- Remaniements inflammatoires non spécifiques de la muqueuse vésicale.
- Absence de signes de malignité.

Dr. A. RIFKI

CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ENNAFIS
Dr. Abdelmajid RIFKI
11, rue lieutenant BERGE, Mers Sultan
Tél (LG): 05 22 20 23 02