

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 - 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

N° W21-698631

120839

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HABATI HASNAA

Date de naissance :

Adresse : 4- LOT- HANZA- SIDIMAAROUF CASABLANCA

Tél. : 9629 Total des frais engagés : 1348,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENSCHIR Imad
Omnipraticien
INPE : 091263491
Tél : 05 20 23 79 09

Date de consultation : 02/04/2022

Nom et prénom du malade : HABATI HASNAA Age :

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

Nature de la maladie : Dents Abdominale (occlusion intestinale)

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 : 02/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

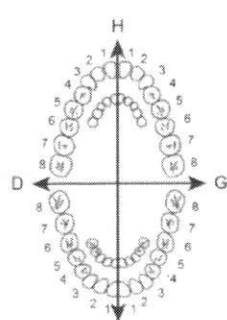
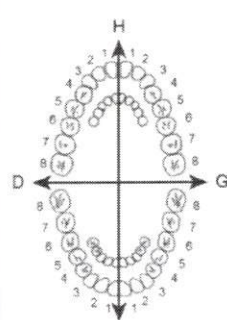
Dr. BENSCHIR Imad
Omnipraticien
INPE : 091263491
Tél : 05 20 23 79 09

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
02/04/22	CM	1	118,10	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
Dr. CHERKAOUI A. CHA MEDECIN RADIOLOGUE I.F. 18798652	02/04/22	ECN	200,00
	02/04/22	TON	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'O.D.F.																		
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		COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS []	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[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															



وصفة
ORDONNANCE



Le 02/04/22

HARATI HASNA

OCCUSION probable

Dr. Bensghir Imad

Dr. BENSGHIR Imad

Omnipraticien

INPE : 091263491

Tél : 05 20 23 79 09

زئقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

وصفة
ORDONNANCE

Le 02/04/2022

HABATI' MASNA

Docteur Abdouh
Diffo Nansie Youss

Chiropraticien
Dr. BENGHIR Imad



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
SERVICE DE RADIOLOGIE
Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 02/04/2022

Patient (e) : HARATI HASNA

TDM ABDOMINO-PELVienne

TECHNIQUE

Coupes axiales sans e injection de produit de contraste.

RESULTAT

Il existe une distension grêlique avec au niveau de la région hypogastrique médiane avec disposition en C des anses

Absence d' épanchement intra - péritonéal.

Foie homogène de taille normale et de contours réguliers.

Vésicule biliaire de paroi fine.

Voies biliaires non dilatées.

Rate, reins, et pancréas sans particularité.

Vessie sans anomalie endoluminale ou pariétale.

Absence de masse abdominale ou pelvienne.

EN CONCLUSION

Aspect en faveur d'une occlusion grêlique probablement sur hernie interne

DR CHERKAOUI AICHA
Dr. CHERKAOUI AICHA
MEDECIN RADIOLOGUE
I.F: 18798692

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

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

Casablanca le : 02/04/2022/2022

Patient(e) : HABATI HASNAA

Médecin prescripteur : DR BENSGHIR

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Distension d'anses digestives en péri ombilical et pelvien

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

Vésicule biliaire ne présente pas d'anomalies pariétales ou endoluminales.

Absence de dilatation des voies biliaires.

Tronc porte perméable.

Rate et pancréas taille et échostructure normale.

Reins taille normale, contours réguliers, parenchyme bien différencié, cavités non dilatées.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

Absence d'anomalies appendiculaires

CONCLUSION : occlusion intestinale probable, à compléter par une TDM abdominale

DR CHERKAOUI AICHA

DR CHERKAOUI AICHA
MÉDECIN RADIOLOGUE
N° 18798652

POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 : 1285739		N° SEJOUR : 220029278		FACTURE N° 2203011574		DATE D'ENTREE : 02/04/2022		DATE DE SORTIE : 02/04/2022					
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : Ayyad, Chaimaa HASATI; HASnaa.							
MALADE : AYYAD, Chaimaa													
NOM JEUNE FILLE : HASATI; HASnaa.													
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :													
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT			
ACTES DE RADIOLOGIE TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00			
Intervenant : 12092016 DR CHERKAoui OMARI AICHA RADIOLOGUE					TOTAUX :	1000.00					1000.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE					PLAFOND PC :				ACOMPTE:				
					REMISE :		0.00	REGLE :		1000.00	AVOIR :		
					RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 02/04/2022					EDITEE LE : 02/04/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :						
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef						
					BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
					N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 :	1285733	N° SEJOUR :	220029266	FACTURE N° 2203011569		DATE D'ENTREE : 02/04/2022 · DATE DE SORTIE : 02/04/2022					
ASSURE :				DESTINATAIRE : HABATI,Hasna							
MALADE : HABATI,Hasna											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
				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											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 02/04/2022		EDITEE LE : 02/04/2022		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :		
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef		
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 : 1285733	N° SEJOUR : 220029310	FACTURE N° 2205007874		DATE D'ENTREE : 02/04/2022		DATE DE SORTIE : 02/04/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : HABATI,Hasna						
MALADE : HABATI,Hasna		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 :		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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				28.00					0.00	28.00
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	148.96					148.96
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	148.96	AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 03/04/2022	EDITEE LE : 05/04/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef			
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			