

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° W21-712734

14/11/99

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENZNAD OTHMANE
 Date de naissance : 22-01-1971
 Adresse : N°18 Rte NADIR Quartier EL WIAM
 EL OULFA CASA
 Tél. : 0661236383 Total des frais engagés : 8500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Larbi AÏSSE
 Chirurgien
 Soc E1, 1er étage Im. Tifaouine
 Av. Al Mokrani - AGADIR
 Tél : 05 28 61 61
 INP
 031064389
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BEN HADDA HASNA Age : 38 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H. NAKOUDolecystectomie
 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 : CASA

Le : 20/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 Remont des Actes
05/11/22	Voir facture	8000	gratuit	Dr. Loubé

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
	05/11/22	B37	5000

AUXILIAIRES MEDICAUX

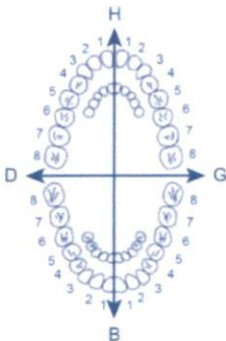
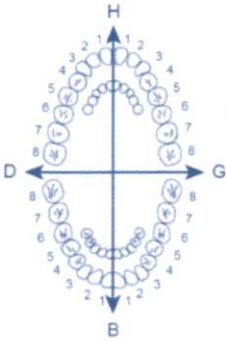
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR



090064759

AGADIR Le : 06-12-2022

Facture N° 04639/22

A. Identification

N° Dossier : HIA22L05071109

N° Identifiant : 003708/22

Nom & Prénom : Mme BEN HADDA HASNA

C.I.N : JA116525

Adresse : DR DAR TALEB TARGA WASSAY

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-12-2022

Date Sortie : 06-12-2022

Médecin traitant : DR . AISSE LARBI

Traitement : CHOLECYSTECTOMIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	CHOLECYSTECTOMIE		8 000,00			8 000,00
Total Rubrique :						8 000,00
PARTIE CLINIQUE :						8 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 8 000,00

HUIT MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Hopital International Agadir
Sis à zone grand stade, Route N°1
IDA OUTANAN - AGADIR
Tél: 0528 207 171 Fax: 0528 206 464
INPE: 090064759

COMPTE RENDU **OPERATOIRE**

DATE : 05/12/2022

PATIENT :

- NOM : BEN HADDA

- **AGE :**

- PRÉNOM : HASSNA

CHIRURGIEN : Dr Aisse

ANESTHÉSISTE : Dr CHAIGR, Dr EL MOUTIA

1^{er} AIDE : M. Badr

PANSEUR : M. Khadija

INFIRMIÈRE ANESTH. : Mlle Laila

RÉSUMÉ CLINIQUE: Cholécystite aigue.

INDICATION OPÉRATOIRE: Cholécystectomie sous coelioscopie.

C.R.O :

AG, DD

Pneumopéritoine, Mise en place des trocars 2T10 et 2T5.

Exploration montre une vésicule biliaire très distendue, à paroi très épaissie, avec des adhérences épiploïques, qui ont été libérées. Aspiration du contenu vésiculaire, afin de faciliter sa préhension. Dissection du trépied cystique, Hémostok sur l'artère cystique, puis sur le canal cystique, qui n'était pas dilaté. Cholécystectomie rétrograde. Vérification de l'hémostase du lit vésiculaire. Extraction de la vésicule biliaire dans un sac en plastique par un orifice de trocart. Exsufflation du pneumopéritoine. Retrait des trocars, avec fermeture de leurs orifices au Vicryl N°1.

Fermeture plan par plan sur drain de Redon en sous hépatique.

SIGNÉ :

Dr. Larbi AISSE
Chirurgien
Bloc E1, 1^{er} étage Im. Tifouine
Av. Al Mokrouma - AGADIR
Tél : 05 28 82 61 61
INP
031064389



Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et Interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

BON D'EXAMEN

Renseignements Cliniques :

ly

Orientation Diagnostique :

Antécédents Pathologiques :

Traitements Antérieurs :

Biopsies/Cytologies Antérieures N° :

Type d'Opération :

Cholecystectomy Coeli

Pièce Remise : (spécifier la région anatomique et latéralité) :

DDR : Ménopause : Thérapie hormonale :

N° D'enfant(s) : N° d'Avortements :

Le : 05/12/2022

Signature et cachet du Médecin traitant

Partie réservée au médecin traitant

Médecin traitant :

Nom et Prénom du patient :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance :/...../.....

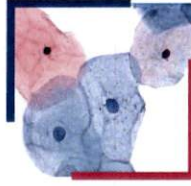
Mme BEN HADDA HASNA

Né le : 20/07/1984



HIA22L05071109

Centre Ibn Rochd
d'Anatomie Pathologique
et Cytodiagnostic



مركز ابن رشد
لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Agadir le, 05/12/2022

Nom & Prénom : **BEN HADDA hasna**

N° Examen : 2120562

Date réponse : 07/12/2022

FACTURE N° 22/4223

Nature du prélèvement

Vésicule biliaire

Prix TTC

500,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cents Dirhams

Signé : **Dr. BOUHAJEB Youssef**

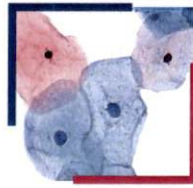
CENTRE IBN ROCHD
d'Anatomie Pathologique
Avenue Hassan II, Immeuble ait souss, 2^{ème} étage Agadir
Tél : 05 28 82 82 82 Fax : 05 28 82 84 94

INPE. 041207044

Avenue Hassan II, Immeuble ait souss, 2^{ème} étage, Agadir - شارع الحسن الثاني، عمارة أيت سوس، الطابق الثاني، أكادير

Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94 - E-mail : anapath.ibnrochd@gmail.com - ICE : 001745258000052

IF : 40148798 - Patente : 48137803 - CNSS : 8689327 - www.anapath-ibnrochd.com



Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Date de réception : 05/12/2022

Date de réponse : 07/12/2022

Sexe : F

Âge : 38 ans

N° d'examen : 2120562

Nom et Prénom : BEN HADDA hasna

Médecin traitant : Dr. AISSE

Nature du prélèvement : Vésicule biliaire

Renseignements cliniques : Lithiase vésiculaire.

COMPTE RENDU

MACROSCOPIE:

Vésicule biliaire parvenue ouverte qui mesure 7 x 2.5 x 1.5 cm. Superficie séreuse lisse. A la coupe, La muqueuse, verdâtre, comporte de multiples granulations jaunâtres. La paroi est de 0.2 cm. (x1, IP)

MICROSCOPIE :

L'examen histologique montre un épithélium de revêtement régulier sans dysplasie. Le chorion sous jacent ne montre pas d' infiltrat inflammatoire. La séreuse est discrètement congestive.

CONCLUSION:

VÉSICULE BILIAIRE SANS ANOMALIES HISTOLOGIQUES SIGNIFICATIVES.

Dr. Youssef BOUHAJEB
CENTRE IBN ROCHD
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET CYTODIAGNOSTIC

Signé : DR. BOUHAJEB Youssef

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

DATE : 06/12/2022


BILLET DE SORTIE

N° Admission : HIA22L05071109	
Nom et Prénom : BEN HADDA HASNA	
Médecin traitant : AISSE LARBI	
Prise en charge : PAYANT MUPRAS	
Date Entrée : 05/12/2022 07h11	
Date Sortie : 06/12/2022 15h00	

Visa	Médecin	Administration	Surveillante
------	---------	----------------	--------------

Hopital International Agadir
Sis a zone grande de Agadir
IDA OUIAHANE de N°1
Tél: 0528 207 177 Fax: 0528 207 178
INPE: 0900647500

HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

PAIEMENT EFFECTUE PAR : BENZNAD OTHMANE NOM DU PATIENT : Mme BEN HADDA HASNA DATE DE NAISSANCE : 20/07/1984 HIA22L05071109	
	
Reçu N°: 7006	
Paielement du 06/12/2022	
Montant	8 000,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	6973716
Montant du chèque :	8 000,00 Dh
Banque :	SGMB

Imprimé par : HAMOUD ANAS Le 06/12/2022 15h27



HOPITAL INTERNATIONAL AGADIR

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HIA22L05071109

NOM DU PATIENT Mme BEN HADDA HASNA

MÉDECIN TRAITANT AISSE LARBI

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 05/12/2022

DATE DE SORTIE 06/12/2022

MODE DE SORTIE

Hopital International Agadir
Sis à zone grand stade, Route N°1
IDA OUTANAME AGADIR
Tél: 0528 207 171 Fax: 0528 206 464
INPE: 090064759