

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

M22- 0053503

144193

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3187

Société :

RAM MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENSMAIL HAMID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661 66 48 76

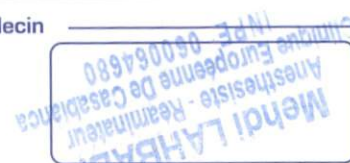
Total des frais engagés :

880,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade :

BENRAHMANIA AMINA Age: 61

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs Abdominales

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

RAM

Le :

02 / 01 / 2023

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 Paiement des Actes
21/01/2023	Consultation		400DH	

CLINIQUE EUROPÉENNE DE CASABLANCA
FADLOLLAH 3 ROUTE D'EL JADIDA
Casablanca - Tél 05 20 36 33 33
ICE 002873282000046 - INPE 060064680

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
	03/01/23	echo AB D'annee revenue	4.800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

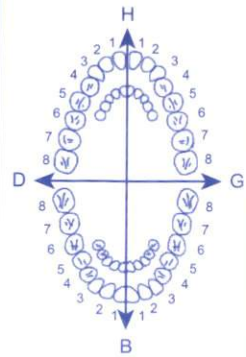
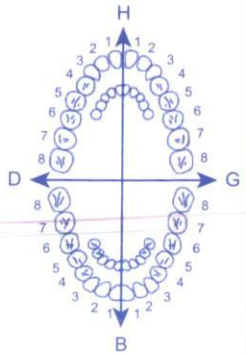
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

Ordonnance

Casablanca, Le 02/01/2023

M^{re} Bensahmania Amina

4/ Echographie Abdomino-pelvienne

(Hernie sus ombilicale)

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA
FADLOLLAH 3 ROUTE D'EL JADIDA
Casablanca Tél 05 20 36 33 33
ICE 002873282000046 - INPE 060054680
Réception



Mehdi LAHBABI
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Européenne De Casablanca
INPE 060054680

M U P R A S

N° Admission : 23000059 N° Facture : 23000056 Date facturati: 03/01/2023

Nom et prénom du patient : Mme BENRAHMANIA AMINA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO ABDOMINO PELVIENNE	1.00	480.00	480.00
		Sous-Total	480.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent quatre-vingt dirhams

Total : 480.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	480.00 DH
PC N° :		





المصحة الأوروبية للدار البيضاء

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

Facture

Group: CEC

Hopital: Clinique Européenne de Casablanca

Tél: 05 22 36 33 33

Patient: BENRAHMANIA AMINA

Modalite de Paiement: Dossier mutuel

Organisme: MUPRAS

ICE Organisme: 754226541223

Facture N°: 4/2023

Facturée le: 02/01/2023

Entrée le: 02/01/2023

Sortie le: N/A

Prestation	Quantité	Tarif unitaire	Montant total
Consultation De Spécialiste	1	400.00	400.00

Total
400,00 MAD

Arrête la présente facture à la somme de:
Quatre Cents Dirhams Et Zéro Centimes

Encaissements

Encaissement Patient	400,00 MAD
Encaissement Organisme	0,00 MAD
Encaissement Total	400,00 MAD
Solde	0,00 MAD

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA
FADLOLLAH 3 ROUTE D'EL JADIDA
Casablanca - Tél: 05 20 36 33 33
ICE 002873282000046 - INPE 060064680
Réception

Mehdi LAHBABI
N°PE 0601514490
Clinique Européenne de Casablanca



المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

Reçu de caisse

- Nom et prénom du patient: **BENRAHMANIA AMINA**
- N° d'admission: **001-1157/23**
- Motif d'hospitalisation: **Consultation De Spécialiste**
- Modalité de paiement: **Dossier Mutuel**
- Type d'opération: **Encaissement**
- Date d'encaissement: **02/01/2023**
- N° de l'ordre d'encaissement: **2749**
- Mode de paiement: **Espèces**
- Nature de paiement: **Paielement**
- Référence:

Montant : 400,00 MAD

*Reçu établi par : **najieddine.yassine**

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA
FADLOLLAH 3 ROUTE D'EL JADIDA
Casablanca - Tél: 05 20 36 33 33
ICE 002873282000046 - INPE 060064680
Réception



Casablanca, le 03 Janvier 2023

DR. M. LAHBABI

MME. BENRAHMANIA AMINA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

- Le foie de taille normale, de contours réguliers, globalement hyperéchogène d'échostructure homogène sans lésion focale décelable.
- Absence de dilatation des VBIH et VBEH.
- Vésicule biliaire non vue (patiente cholécystectomisée)
- Le TP est de calibre normal, perméable.
- Pas d'anomalie décelable de la tête du pancréas.
- Rate homogène, de contours réguliers.
- Les reins sont en situation lombaire, de taille normale, bien différenciés, sans dilatation des voies excrétrices.
- Absence d'adénopathie profonde décelable dans les limites de cet examen.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie semi-pleine, à contenu transsonore.
- Utérus de taille normale, de contours réguliers siège d'une formation intra myométriale, intra-murale postérieure, hypoéchogène, ovale, bien limitée mesurant 18 x 13 mm.
- Absence de visualisation des ovaires.
- L'exploration de la paroi abdominale par une sonde haute fréquence retrouve la présence d'une petite hernie de la ligne blanche sus ombilicale à contenu épiploïque mesurant 30 x 12 mm avec un collet mesurant 4,5 mm.
- La masse palpée cliniquement en regard de la région épigastrique correspond à une formation adipeuse des tissus mous sous-cutanés, d'échostructure fibrillaire ovale, bien limitée, mesurant 35x20 mm non vascularisés en Doppler couleur.

Au total :

- La masse palpée cliniquement en regard de la région épigastrique correspond à un lipome des tissus mous sous-cutanés mesurant 35 x 20 mm.
- Il s'y associe toutefois la présence d'une petite hernie de la ligne blanche sus ombilicale, légèrement plus basse située, mesurant 30 x 12 mm, à contenu purement épiploïque et à collet mesurant 4,5 mm.
- Foie de stéatose.
- Cholécystectomie.
- Myome utérin intra-mural postérieur de 18 x 13 mm.

DR. EL MEHDI KABIR

Radiologie Anoual
Directeur Médical
Dr. FARAJ HAMZA
06 63 57 42 60

RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
RADIOLOGIE ANOUAL
ICE : 001614006000058
111, Bd Anoual