

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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 080489

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4198

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066624975

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 55

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 24/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
3/12/22	Acte de lecture N° 8482/22		1659,00 mn	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

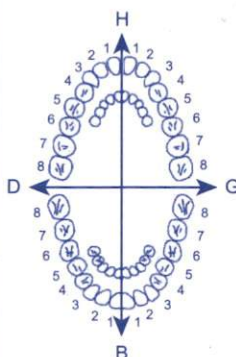
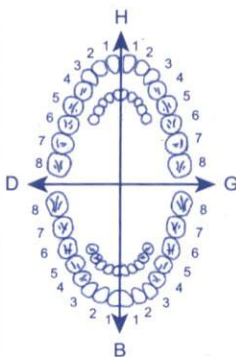
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Cefficient 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

CLINIQUE AL MASSIRA.

F A C T U R E

N° : 8482 / 2022 du 30/12/2022

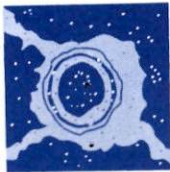
Nom patient **TAHIRI KHADDOUJ**
PAYANT

Entrée 30/12/2022
Sortie 30/12/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FIBROSCOPIE	1,00	FORFAIT	1 650,00	1 650,00
			<i>Sous-Total</i>	1 650,00
Total Clinique				1 650,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	1 650,00
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed Mokri N°4
Tél: 06 61 39 40 41
05 22 39 14 15



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : TAHIRI KHADDOUJ

Docteur : ELOUARDI MERIEM

Age : 55A ans

Date de réception : 03/01/2023

Code Patient : 23WY9836

Organisme :

Organe :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Fibroscopie oeso-gastro-duodenale.

Oesophage : Cardia à 38cm des AD

Muqueuse œsophagienne d'aspect normale.

Estomac : Iac muqueux clair peu abondant

Plis fundiques conservés

Muqueuse fundique érythémateuse

Muqueuse antrale érythémateuse.

Rétroversion : même aspect sus décrit

Bulbe-D2 : Muqueuse duodénale d'aspect normal.

Conclusion : aspect de gastrite antro-fundique érythémateuse.

Les fragments biopsiques examinés correspondent à l'examen histologique à des fragments d'une muqueuse gastrique de type antral.

Au niveau fundique, l'architecture globale est respectée, de hauteur non modifiée, à relief quelque peu plissé et bordé d'un revêtement cylindrique, mucosécrétant, tapissant des cryptes profondes. En regard, le tissu interstitiel est bien vascularisé, infiltré d'une manière minime, d'éléments mononucléés avec des glandes cryptiques en bon nombre de distribution régulière, à revêtement tout à fait régulier. La couche glandulaire muqueuse fundique est également en bon nombre, à structures régulières, peu dilatées, très peu dissociées par l'infiltrat mononucléé.

Au niveau antrale, l'architecture globale est respectée, de hauteur non modifiée, à relief fortement plissé et bordé d'un revêtement cylindrique, mucosécrétant, tapissant des cryptes profondes et tortueuses. En regard, le tissu interstitiel est bien vascularisé, il est infiltré d'une manière très modérée d'éléments de type lymphoplasmocytaire, rarement des amas lymphoïdes avec des glandes cryptiques en bon nombre de distribution régulière, à revêtement régulier.

La couche glandulaire muqueuse antrale est également en bon nombre, à structures tout à fait régulières.

La coloration au GIEMSA n'a pas individualisé d'*Helicobacter pylori* sur ce prélèvement.

A noter la présence d'un relief muqueux sans particularité.

CONCLUSION :
- Gastrite antrale interstitielle modérée.
- Absence d'*Helicobacter pylori* sur ce prélèvement.
- Absence de métaplasie ou de dysplasie.
- Absence de malignité sur ces prélèvements.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104, Bis Anglè Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT

Signé : DR F. SEKKAT

Casablanca, le 30/12/2022

Patient MME tahiri khaddouj

Motif de consultation : EPIGASTRALGIES hp +

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

OESOPHAGE : - Cardia à 38 cm des AD

Muqueuse oesophagienne d'aspect normal

ESTOMAC :- lac muqueux clair peu abondant

- plis fundiques conservés
- muqueuse fundique erythemateuse
- Muqueuse antrale erythemateuse

RETROVISION : même aspect sus décrit

BULBE - D2 : Muqueuse duodénale d'aspect normal

Conclusion

Aspect de gastrite antro fundique érythémateuse
biopsies

Dr. Mohamed El Ghannouchi
Hépatogastro-Entérologie
et Proctologie
Lot. Hal Farah, km 10 Oudja
CASABLANCA - Tél. 05 22 39 40 41 / 05 22 39 14 15

CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2212301538390080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1719/22	TAHIRI KHADDOUJ	30/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 650,00
PAYANT	Total payé	1 650,00
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : BERRADA

CLINIQUE AL MASSIRA
Rue Ahmed MOKRI N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 39 40 41
Fax : 05 22 39 14 15

CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : TAHIRI KHADDOUJ		
Chambre : NA		
Médecin traitant	EL OUARDI	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	30/12/2022	
Date sortie	01/01/-4713	
Le caissier	L'infirmier	Le major

Billet de sortie établi par : BERRADA 30/12/2022 15:39 1719/22

CLINIQUE AL MASSIRA
2, Rue Ahmed MOKRI N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 39 40 41
Fax : 05 22 39 14 15