

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.

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- 0053632

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1091 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FATINI HASSAN

Date de naissance : 10.03.1950

Adresse : 28 Rue El Jole MAY EL HOUDA

BERRECHID

Tél. : 06.64.43.79.56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.02.2023

Nom et prénom du malade : Mr Fatini Hassan Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite chronique

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.

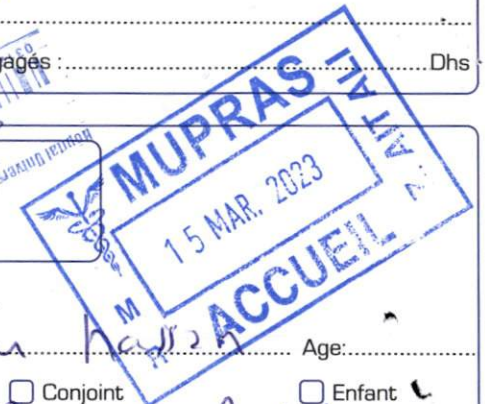
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/09/2015		CS	3.000.000	
07/09/2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/02/23	205,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/02/23	Echographie	14000
	04/04/23	650	130160

AUXILIAIRES MEDICAUX

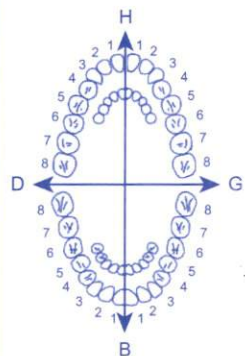
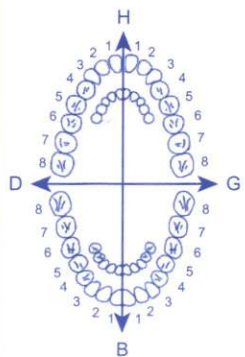
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Dr NADI ANASS
Gastro-Entérologie
03/09/2023
Tél : +212 529 00 44 66

M. Fakh Hassan

- douleur à l'hypochondre gauche

→ Echo-abdominal

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Service Radiologie
Tél : (+212) 529 00 44 66
E-mail : www.hck-hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. NADI ANASS
Gastro-Entérologie
031218977

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

27/02/2023

N° Fathi Hassan

99,50

1/

De paracetamol



1 boîte x 31

73,80

2/

Heptazone



1 boîte x 31

32,00

3/

Nu srt A



1 boîte x 31

205,30





Lot: 220532
À consommer
avant le: 07/2026
PPC: 99,50 DH



هيپانات
40 قرص

A consommer de
préférence avant fin :
Lot n°

73,80 DH

09/2025
Y269M

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl

Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY es:it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjeloun - Maarif extension - Casablanca

PANAT®
40 comprimés

gistrement :
158/MAv4/DMP/CA/18



HEPANAT® 40 comprimés
8008843003013
ESI

NO - SPA 40MG
CP B20
P.P.V : 32DH00
LOT : 21E002
PER : 09/2024



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 03/02/2023
Numéro : 17 105



090061862

Nom patient : FATIHI HASSAN

Médecin : PR. NADI ANAS
Hépto-gastro-entéro

2300633860

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail: contact@chkm.hdk.ma
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 17 169 / 2023 du 03/02/2023

Nom patient : **FATIHI HASSAN**

Entrée 03/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENTS DIRHAMS	Total 400,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			400,00		400,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : info@hckm.ma

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

BERRECHID

INPE : 063000509

IF : 40195644

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

ICE : 001761756000030

FACTURE : 80582

IB 65492 B

Nom et Prénom : Mr. FATIHI Hassan

Prescripteur :

Référence : 040223 011

Date : 04/02/2023

BILAN :

HBA1 B 90 +

MONTANT NET : 130,60 Dhs Soit 90 B.

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent trente Dh et soixante cts

LABORATOIRE MEDICAL
IBN SINA
Bd, Mohammed V, BERRECHID
Tél 05 22 33 66 43



Berrechid le : 04/02/2023

CIN :

Résultats complets

Edité le: 06/02/2023

Mr. FATIHI Hassan

IB 65492 B

RF: 040223011

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

H.B.A.1.C 5,9 %
I.F.C.C 41 mmol/mol
(Technique HPLC-723GX)

INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.5 % - 19 à 48 mmol/mol)
(Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)
(Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. BERRECHID
Tél: 05 22 33 66 43



CASABLANCA, le 03/02/2023

PATIENT : FATIHI HASSAN

IPP

: 151105113202FA

DATE NAISSANCE

: 10/03/1950

NUMERO DOSSIER

: 2300633914

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

TECHNIQUE : Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau de l'abdomen à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

RESULTATS :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène hyperéchogène sans anomalie focale.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine, de contenu trans sonique pur et siège d'un polype de la paroi postérieure mesuré à 5 mm non mobile à la mobilisation du patient.
- Les veines sus-hépatiques et le tronc porte sont perméables et de calibre normal.
- Rate et tête du pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Absence d'adénopathie ou d'épanchement abdominal.
- Prostate explorée par voie sus pubienne, mesurée 41x38x29 mm soit un volume de 23 ml.

CONCLUSION :

**Aspect échographique d'un polype vésiculaire.
Stéatose hépatique homogène.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr HABI - Dr Daher





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 03/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0751128

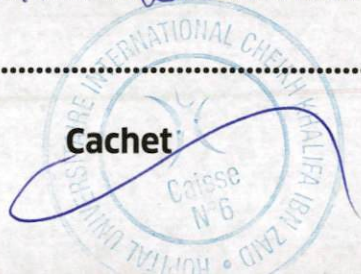
IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : Amel HADJAN

Payé par :

Cachet



* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2023/02/06 12:12

TOSOH CORPORATION V01.10

NO: 0004 TB 0001 - 04

ID: 30402011

CAL(N) = 1.1785X + 0.4871

TP 963

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.8	0.23	16.25
A1B	0.7	0.33	14.45
F	0.5	0.46	9.75
LA1C+	1.9	0.55	39.44
SA1C	5.9	0.69	94.65
A0	91.5	1.03	1872.67
TOTAL AREA			2047.20

HbA1c 5.9%
IFCC 41 mmol/mol

HbA1 7.4 % HbF 0.5 %
0% 15%

