

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-790816

154559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0342 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMJOUEL SAÏD
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES APT N°7 PUEL AL SURORI
 BORD BOUJADJAJE CASABLANCA
 Tél. : 0613214100 / 0522394817 Total des frais engagés : 1174,80 Dhs
 + 178,50 = 1353,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur SALWA NADIR
Hépatogastro-entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Clinique Dar Essalam
120, Bd. Mohammed VI - 20000 Casablanca - Tél. : 05 22 80 27 21 / 85 14 14

Date de consultation : 07/03/2023
 Nom et prénom du malade : AMJOUEL SAÏD Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, la mutuelle se réserve le droit de rendre 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 : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL BOUJADJAJE

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
07.03			3000	
2023				
22.03				
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mohamed C. M. El-Ain Casse El-Ain Télé: 0622 80 89 14	22/03/2023 07.03.23	178,50 + 474,80 Total = 653,30

ANALYSES - RADIOGRAPHES			
Cachet et adresse du Laboratoire ou Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Professeur Salva NADIR Hépatogastro-entérologie Néphrologie Médicale et Clinique Clinique Des Essais N° 1414	01.03 2023	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	4000K

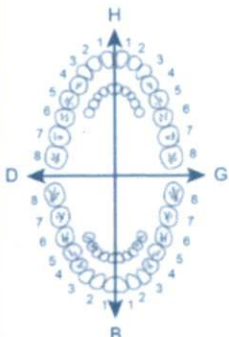
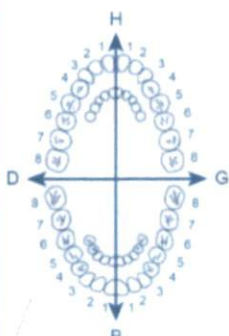
[illegible]

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents
Traitées

Nature of Soins

Coefficient

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTIONFIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 07.03.2023 في الدار البيضاء،

Mr AMJOUEL Said

Prendre :

1 - **CEDOL**

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

2 - **RELAXIUM B6 375MG**

1 gélule le soir, après le repas, pendant 1 mois, vers 19 heures

3 - **NOCICEPTOL**

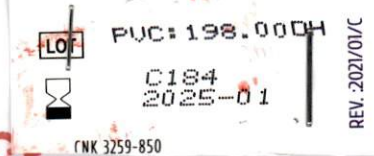
1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

4 - **METEOSPASMYL GELULES**

2 gélules le matin et le soir, avant le repas, pendant 10 jours.

5 - **NOFLAT**

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.



Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 86

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10 رقم 4، الطابق، شارع مولاي إدريس الأول، 120،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع مودي بوكيتا، 728، مصحة دار السلام،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 07.03.2023 الدار البيضاء، في

Note d'honoraires

Le docteur

a l'honneur de présenter ses compliments

à Mr (Mme) **Amiraneel Scid**

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de **40000** dhs.

pour **ECHOGRAPHIE A'ABDOMINALE**

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : - شارع موديبو كيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام، 728،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma - الموقع الإلكتروني

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le.....22.03.2023 في الدار البيضاء،

Mr AMJOUEL Said

Prendre :

1 - **OSMOSINE SUSPENSION BUVABLE**

2 cuillères à soupe le soir, pendant 1 mois.

2 - **RACIPER 20MG**

1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 28 jours.

34,00

146,50

178,50

(S.V)

(S.V)

PPV
340H00

NITE
Ind
LC
ca
PPV:144 DH 50
CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Amour - Beauséjour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808197

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

Casablanca, le 07/03/2023

Nom et Prénom : Mr AMEJOUEL SAID
Age : Né en 1949
Indication : Ballonnement abdominal

COMPTE RENDU

- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène.
- Absence de lésion focale hépatique.
- Absence de dilatation de la voie biliaire principale et des voies biliaires intrahépatiques.
- Tronc porte de calibre normal.
- Absence d'épanchement dans la cavité abdominale.
- Vésicule biliaire siège de sludge. Sa paroi est fine.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Reins siège de kystes corticaux respectivement de 3 et 4 cm à gauche et 3 cm à droite.
- Rate, sans anomalie.
- Pancréas non vu (écran de gaz).
- Aérocolie++

Conclusion : Sludge vésiculaire à revérifier+kystes rénaux d'allure bénigne

Dr. S. NADIR
Médecin Généraliste
10, Bd. Mohammed VI
Casablanca

