

# 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

M23-000699

157913

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2765 Société : RAH

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSSA Bahia

Date de naissance : 1947

Adresse : Avenue des Slacini n° 306 Casa

Tél : 0661370625

Total des frais engagés : 1268,11 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2023

Nom et prénom du malade : SOUSSA Bahia Age : 1947

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : BILIONOMENT

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 AVR 2023

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 Blanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 14/04/2023

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
5/11/23	12		3500	
20/23	230		4100	
			800	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Actes
	05/10/23	2560
	21/12/23	2112

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



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

Soussi ZAHIDA

20/11/00

Deflon 4000g

10/20

HEC 1000g

Tiloneur 1000g

x 10j

1000g

de 1000g

De 1000g

1000g

20/11/00

20/11/00

82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2<sup>ème</sup> étage, imm. « Fiat - Jeep », Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 • Tél. Fax : 05 22 25 99 87 / Urgence : slaouimed@casamail.ma

Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF

PHARMACIE EDEN  
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen & Bd. la Corniche  
Tél. : 05 22 23 78 83 - Fax : 05 22 25 99 87

Docteur Mohamed Slaoui  
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Procologie Médico - Chirurgicale  
ENDOSCOPIE - ÉCHOGASTRO  
82, Rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen  
2<sup>e</sup> Etage, imm. « Fiat - Jeep » - Casablanca  
Tél: 0522 23 78 83 - Tél / Fax: 05 22 25 99 87  
slaouimed.dpc@gmail.com

LOT2053014  
EXP12/2024  
PPV2010H0Q

→ 201,00

P.P.V. : 10,10 DH

متناول الأطفال



Casablanca, le ..... في الدار البيضاء, في

Casablanca, le 05/04/2023

COMPTON Comy ghel 

1. gleite 1/2 an Flor x 20

79,50 per 2

VJ

admitted for e-mail -

82، زنقة سومية، زاوية شيخ عبد الحميد - الطابق الثاني، عمارة « فياط - جيب »، في النخيل، الدار البيضاء، المغرب

82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2<sup>ème</sup> étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmeraie Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 • Tél. Fax : 05 22 25 99 87 • Urgence : slaouimed.doe@gmail.com | Clinique Longchamps

Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF

محطه امراموای وفا سلف عبد المومن

LOT 23E001  
PER: 12/2025  
DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V : 32DH90



6 118000 061199

LOT: 220616  
PER: 08/2025  
PPC: 79.50DH

LOT 221251  
EXP 04/2024  
PPV 144.50DH



Casablanca, le 05.04.2023 في الدار البيضاء.

Mme Soussi Bahia

NOTE STOMACALE

1/2 Consultation spécialisée 350dh  
 2/3 ELUOGRAFIE ABDOMINALE 450dh  
 TOTAL 800dh

TOTAL 800dh

HAIB CENT 815



Casablanca, le ..... في الدار البيضاء,

05/04/2023

## échographie abdominale

**SOUSSI Bahija**

### Indication

BALLONNEMENT, ERUCTATIONS

HERNE HIATALE CONNUE

### Examen

Foie d'échostructure homogène, de contours réguliers, de taille normale, pas noté d'image focale évidente ce jour ; il n'y a pas de dysmorphie ;

Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique

Voie biliaire principale fine, elle est apparemment libre ;

Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées, les veines sus-hépatiques sont de répartition et de morphologie normale ;

Le TP est mesuré à 10mm, de calibre normal, libre,

La rate est d'échostructure homogène, de taille normale, mesurée à 88 mm dans son grand axe ;

Les reins sont de taille normale, avec une bonne différenciation cortico-médullaire, il n'y a pas d'image de lithiase ni d'hypotonie des calices

Le pancréas est bien exploré, il paraît échographiquement normal; pas de dilatation du WIRSUNG

Il n'est pas détecté d'adénopathies profondes,

Il n'y a pas d'ascite dans le cul de sac de DOUGLAS, ni dans l'espace inter-hépatique-rénal de MORISSON

Aérocolie modérée

### Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

A COMPLETER PAR UN BILAN

Docteur Mohamed Slaoui  
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie Médicale - Chirurgicale  
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE  
82, Rue Soumaya, angle Bd Abdelmoumen  
2<sup>ème</sup> étage, Immeuble « Fiat - Jeep » - Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 23 78 83 - Tél / Fax: 05 22 25 99 87  
slauimed.doc@gmail.com