

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

N° P19- 066214

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4827 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AREF SAID
 Date de naissance : 12-11-1962
 Adresse : 595 Bd EL QUODS ouled MALIB
 ANCHOR CASABLANCA
 Tél. : 0661667884 Total des frais engagés : 957€ + 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

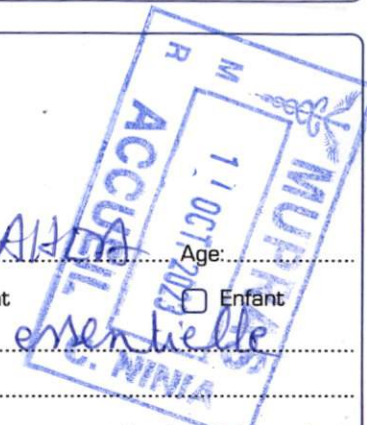
Date de consultation : 09/08/2023
 Nom et prénom du malade : MONSIEUR BAKHA
 Age : 60 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Thrombocythémie essentielle
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 10/10/23
 Signature de l'adhérent(e) : SA

Dr. Saâdia
Professeur Agrégé
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MALIB
Tél: 05 22 77 71 40 à 49
06 67 42 27 77



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
06/09/23			400	<div> <div>Dr. SAAD ZAFAD</div> <div>Professeur - Oncologie</div> <div>Hématologie - Oncologie</div> <div>CLINIQUE AL MADINA</div> <div>Tél: 05 22 77 77 40</div> <div>Gsm: 06 67 24 73 07</div> </div>
04/09/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>Pharmacie des Miroirs</div> <div>303 Allée du Dragon</div> <div>91000 EVRY</div> <div>Tél. : 01 60 77 50 34</div> <div>91 2 01333 1</div> </div>	06/09/23	957,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div> <div>ADRIEL</div> <div>Bd al Madinat</div> <div>Radiologie</div> <div>Tél: 05 22 21 43 43</div> </div>	06/09/23	ECUO DSDPeh	600

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																					
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

09 août 2023

Mme MONSSEF Bahia

ANAGRELIDE 0,5 MG

6 boites

(Médicament non disponible au Maroc)

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
GSM: 06 62 54 23 07

Pharmacie des Miroirs
303 Allée du Dragon
91000 EVRY
Tél. : 01 60 77 50 34
91 2 01333 1

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 27/09/23
Delivrance: 27/09/23
Vendeur: 1

Facture no : 198731
Malade :MONSEEF
25157 Bahia
00000 CASABLANCA
Medecin:ZAFAD SAADIA

Qte	P	unit	Cip	Designation	Base	Hon	taux	Ordo
6	157.80	3400930130308	ANAGRELIDE 0,5MG MYLAN GELULE 10	157.80	1.02	100%	000450047	
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		0.51	65%		
			HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		3.57	65%		

TOTAL GENERAL: 957.00 TOTAL ASSURE: 957.00
TOTAL R.O.: 0.00
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

04 septembre 2023

MME MONSSEF BAHIA

Patiente suivie pour thrombocythémie essentielle

Echographie abdominopelvienne

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Radiologie
Al Quods
الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصه: في الفحص بالأشعة

• Diplôme de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

✽✽✽✽ ✽✽✽✽ ✽✽✽✽ ✽✽✽✽

• خريج كلية الطب بباريس

• طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner Multibarrettes

• Dentascanner - Panoramique Dentaire

• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale

• Echographie-Doppler Couleur

• IRM (Sur Rendez-Vous)

• Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Soneloge)

• Radiologie Numérisée

• Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 09/10/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom MONSSEF BAHIA

Date d'examen : 06/09/2023

Examens	Honoraires
ECHOGRAPHIE ABDOMNOPELVienne femme	600,00 DH
NET A PAYER	600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DH

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél. : 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43
E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

RADIOLOGIE AL QUODS
Dr. Mohamed Amine FATHALLAH
radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43



F A C T U R E

N° : 22992 / 2023 du 04/09/2023

Nom patient **MONSSEF BAHIA**
PAYANT

Entrée 04/09/2023

Sortie 04/09/2023

CONSULTATION PR ZAFAD

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
			Sous Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total

400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- IRM HAUT CHAMP (1,5 TESLA)
- Scanner Multibarrette
- Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée
- Echographie Générale
- Echo-Doppler Couleur
- Dentascanner
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio-Photo

Casablanca , le 06/09/2023

Patiente : MONSSEF BAHIA

Prescripteur: DR SAADIA ZAFAD

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

INDICATION :

56 ans suivi pour thrombocytemie essentielle.

RESULTAT :

A l'étage abdominal :

Le foie de taille normale de contours réguliers et d'échostructure homogène sans lésions focales visibles.

Pas de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

La vésicule biliaire est non distendue, à paroi fine et à contenu transsonore.

Le tronc porte et les veines sus-hépatique sont perméables.

Aspect échographique normal du pancréas.

La rate est augmentée de taille (flèche splénique = 18cm), de contours réguliers, d'échostructure homogène, sans lésion focale nettement visible.

Les deux reins sont en place de taille normale de contours réguliers présentant une bonne différenciation cortico-sinusale.

Absence d'adénopathie profonde.

Vessie en semi réplétion, apparait sans anomalie pariétale ou endoluminale.

L'utérus est rétroversé, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

La ligne de vacuité est libre.

Absence de masse utéro-annexielle nettement décelable.

Lame d'épanchement dans le cul de sac de Douglas.

CONCLUSION :

Aspect échographique en faveur d'une splénomégalie homogène.

Absence d'autre anomalie par ailleurs.

Merci pour votre confiance .

Dr. Mohamed amine Fathallah

Bd al quods N° 697

Radiologiealquods@gmail.com

Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 / 06 65 66 57 67 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com