

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

N° W21-801957

180213

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11063

Matricule : 11063 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : DOUAD ALI

Date de naissance : 09/09/1972

Adresse : 104, Rue Oujjane N°2 Souterrain

Tél. : 06 69 395 400 Total des frais engagés : 2100,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : DOUAD ALI

Nom et prénom du malade : DOUAD ALI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ **Enfant**

Nature de la maladie :

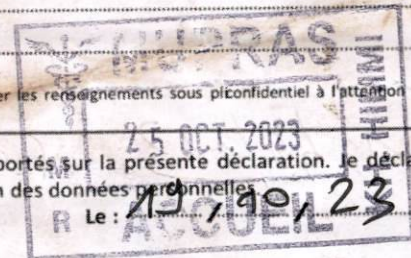
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autonisation 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
15/09/2023		03	300	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
CLINIQUE D'ORTHODONTIE di 45 Jerramane Angèle Sylmassa Hana Tél: 05 22 36 00 96 Mobile: 05 62 40 40 40 INPE: 090004029	15/09/23	Orthodontie	200

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
15/09/2023	Fc					200
						Voir facture

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				Coefficient DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

15/09/23

N^o DAOUDI NERYEN

Ton Abdo - pelv

[Handwritten signature]



090004029



Dr. Asmaa ADNANE

Radiologue

Diplômée du Centre hospitalier
universitaire de Casablanca.

Diplômée en imagerie
digestive de l'Université
d'Angers, France.

N° Dossier : X31167200

Facture N° 9412/23

Casablanca Le: 16/09/2023

Etablie par KAWTAR RADIO Page 1/1

N° Identifiant : 22126617/22

Nom & Prénom : DAOUDI MERYEM

C.I.N. : ..

Date Entrée : 16/09/2023

Date Sortie : 16/09/2023

Adresse :

Traitement : Bilan radiologique

Médecin : BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL

Prestations	Nombre	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
IMAGERIE MEDICALE					
Tdm abdomino-pelvienne	1	1 517,00			1 517,00
Total Rubrique :					1 517,00
PHARMACIE					
Pharmacie	1	283,00			283,00
Total Rubrique :					283,00
PARTIE CLINIQUE :					1 800,00
TOTAL FACTURE					1 800,00

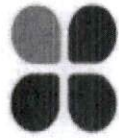
Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille huit cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane Angle Rue
de Sijilmassa Hay El Hana
Casablanca Tel: 0522 36 00 96
Mobile: 06 62 49 56 19
INPE: 090004029

- IRM 1,5T
- Scanner Multibarrettes
- Radiologie Conventionnelle
- Mammographie
- Tomosynthese
- Échographie Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique



مصحة الياسمين
Clinique Yasmine



Casablanca Le : 15/09/2023

Facture N° 9404/23

Etablie par MEHDI ACCUIEL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I157190

N° Identifiant : 23096662/23

Nom & Prénom : DOUADI MERYEM

C.I.N. : BK703178

Date Début : 15/09/2023

Date Fin : 15/09/2023

Adresse :

Traitement : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	200,00			200,00
Total Rubrique :					200,00
PARTIE CLINIQUE :					200,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					300,00
TOTAL FACTURE					500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Cachet et signature





Dr. Asmaa ADNANE

Radiologue

Diplômée du Centre hospitalier
universitaire de Casablanca.
Diplômée en imagerie
digestive de l'Université
d'Angers, France.

Casablanca, le 15/09/2023

Nom : Mme DAOUDI

Prénom : MERIEM

SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

Indication :

Douleurs abdominales.

Technique :

Acquisitions hélicoïdales sans, et avec injection de PDC avec reconstructions multiplanaires.

Résultats :

Epaississement circonférentiel et régulier du colon droit mesurant 8 mm d'épaisseur avec œdème muqueux.

Discrète infiltration du mésocolon droit avec mise en évidence de petits ganglions régionaux.

Appendice latéro-caecale d'aspect normal.

Pas d'épanchement péritonéal.

Par ailleurs :

Foie de taille normal, de contours réguliers, homogène, sans lésion focale décelable.

Absence d'anomalie des voies biliaires.

TP de calibre normal, perméable.

Rate de taille normale, de contours réguliers, homogène.

Pancréas de volume normal, avec conservation de ses lobulations physiologiques, rehaussé de façon homogène après injection de PDC.

Les reins sont de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices.

Surrénales sans anomalie notable.

Vessie pleine, à paroi fine et à contenu homogène.

Utérus d'aspect scannographique normal.

Absence de masse latéro-utérine.

Sur la fenêtre osseuse :

Absence de lésion osseuse aux étages explorés.

Conclusion :

Aspect TDM d'une colite droite d'allure infectieuse. A confronter au reste des données.

DR ADNANE ASMAA

INP : 091284489

- IRM 1,5T
- Scanner Multibarrettes
- Radiologie Conventiionnelle
- Mammographie
- Tomosynthese
- Échographie Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique

1181933

OMNIPAQUE 350 mg I/ml
IOHEXOL
أوميفينال 350 ملغ يودايل
أيوكسول



النشرة 1
Liste I
Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance
نواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la DE :
GE Healthcare AS
Nydalen 1, P.O. Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par : Cyclopharm S.A. Lot 14,
Z.I. Ouled saïen, Boussoura, 27182 Carabianca

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أوميفينال
350 mg I/ml
ملغ يودايل
ملغ أيوكسول

Solution injectable
IOHEXOL
محلول للحقن
أيوكسول
1 x 100 ml

Voie intraveineuse ou
intra-artérielle
يستعمل للحقن
داخل الأوعية

BP /
نوبة الإجهاد
Lot n°
الطبعة:
10-2025
16224712
1198594 MAR

Pour 1 ml de solution : Iohexol 755 mg q.s.p
350 mg d'Iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P.P.L.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على : أيوكسول 755 ملغ
ك.ك.ل. 350 ملغ يود

الركبات الأخرى: تريمتامول، حفص
البيروكلوريك، إبيكات الكالسيوم، ماء
الحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°م، يحفظ بعيداً عن الضوء وبعيداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°م.
لا يترك على مرفأ أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N°: 103/19 DMP/21/MRO



PH
283DH00