

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-825256

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 13330 Société : Royal Air Maroc

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

Nom & Prénom : OUHRAALI

Date de naissance : 06/06/1996

Adresse : Ait Abouane Souk Lakhmis Dades, Tinghir

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 28/10/23

Nom et prénom du malade : BEN TISSSE HAJAR Age : _____

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

Nature de la maladie : aménorrhée + albume

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : selon

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communier 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 cette déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca le : 15/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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.

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
28/10/2023	C2 + Gefline pelme		400 der	INP : 09MBU723 Dr. Eloulfa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Pharmacien	Date	Montant de la Prescription
PHARMACIE JNANE OULFA Riyad El Oulfa GH 40 Ex GH 40 N° 151 Tel: 0522 89 42 70 et Distr	28/10/2023	15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ECOF

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"/>																					
	<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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profection			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

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة العباسي بركات حياة

إختصاصية في طب النساء والولادة

Diplômée de la faculté de Médecine
de Strasbourg - France

Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
- Echographie
- Stérilité de Couple
- Maladies des Seins
- Chirurgie Gynécologique

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي
بستراسبورغ

- الولادة
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية
- عقم الزوجين
- أمراض الثدي
- أمراض و جراحة الرحم

28/10/2023

Casablanca, Le

Mme BEN TTISSE Hajar

61,70



GESTEL 200

1 Capsule le soir pendant 10 jours .

PRIMOLUT-NOR COMPRIME 10 MG BOITE DE 30



1 Comprimé par jour pendant 20 jours à partir du 5ème
jour des règles ttt de 2mois .

PHARMACIE DINANE OULA
Ryad El Oulfa GH25A
Tél: 0522 90 42 70
(valable Mutuelles et Distributeurs)

PHARMACIE DINANE OULA
Ryad El Oulfa GH25A
Tél: 0522 90 42 70
(valable Mutuelles et Distributeurs)

Urgence : 06 61 43 83 26 مستعجلات

gestel

Progesterone 200 mg
15 Capsules molles

جيسيتيل

بروجسترون 200 ملغ
15 كبسولة ليينة

Composition en substance active :

Progesterone 200 mg Pour une capsule molle.

Excipients à effet notoire :

Huile d'arachide, Lécithine de soja, Glycérol.

Voir la notice pour plus d'information.

Forme pharmaceutique et contenu :

15 capsules molles.

Mode et voie(s) d'administration :

Voie orale ou vaginale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mise en garde spéciale :

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I (Tableau A)



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



المواد الفعالة:

تحتوي كل كبسولة ليينة على بروجسترون 200 ملغ.

اسوغة ذات تاثير معلوم :

زيت الفول السوداني، الفليسيول و ليسيثين الصويا.

انظر النشرة للمزيد من المعلومات.

الشكل:

15 كبسولة ليينة.

طريقة تناول الدواء :

عن طريق الفم او المهبل

يرجى قراءة نشرة الدواء بعناية قبل تناول الدواء.

تحذير خاص:

يُحفظ بعيداً عن مرمى و متناول الاطفال

لا يوجد أية احتياطات خاصة بالحفظ.

لائحة I (جدول A)

Lot :

LF30642A

Per :

04/2025

PPV :

61 DH 70

بريمو ليت[®] - نور

أشعة الشمس



44, 80

بريمو ليت[®] - نور
أشعة الشمس تستير ون



44, 80

Docteur EL ABBASSI BERGAM Hayat
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
31, Bd Oum Rabii, Gr Al Firdaous (GH25A), OULFA
CASABLANCA
Tél : 05.22.90.11.01

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM : Mme BEN TTISSE

PRENOM : Hajar

AGE : 25 ans

DATE : 28/10/2023

MOTIF : amenorrhée

UTERUS :

- Antéversé
- Intermédiaire
- Echo-structure : régulière
- Endomètre : épaisseur de 7 mm

ANNEXE DROITE :

- Ovaire droit : mesurant 55/42 mm
- Kyste : 45/36mm anechogène.

ANNEXE GAUCHE :


- Ovaire gauche : mesurant 30/20 mm
- Kyste : 0

EPANCHEMENT : Non

CONCLUSION :

Kyste ovarien droit uniloculaire de 4cm à revoir début de cycle.

Docteur EL ABBASSI BERGAM Hayat
31, Bd Oum Rabii, Gr Al Firdaous
(GH 25 A) Oulfa Casablanca
Tél./Fax: 05 22 90 11 01



Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

BENTISSE
HAJAR

Exam

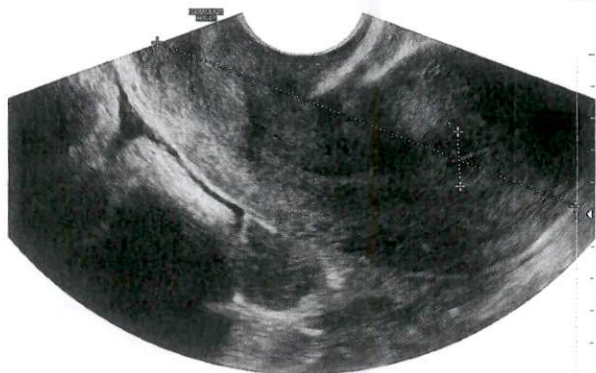
N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

28-10-2023

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... HAJAR
BENTISSE TIs 0.20 MI 1.06 28-10-2023
12:21:06

Uterus®
EVM-9
5.0 cm
45 Hz

[2D]
Gén
Gén 58
PD 108
MI 3
P 90%

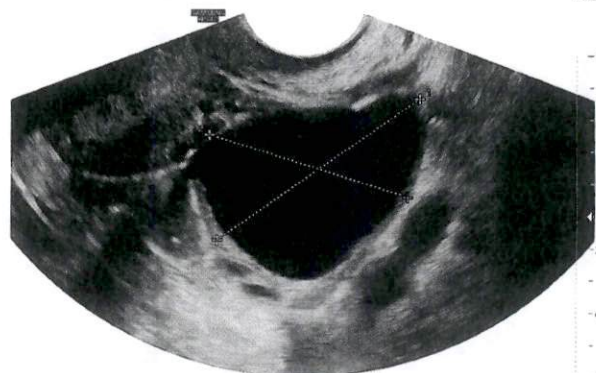


1 D 0.55 cm
D 7.82 cm

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... HAJAR
BENTISSE TIs 0.20 MI 1.06 28-10-2023
12:21:22

Uterus®
EVM-9
5.0 cm
45 Hz

[2D]
Gén
Gén 58
PD 108
MI 3
P 90%

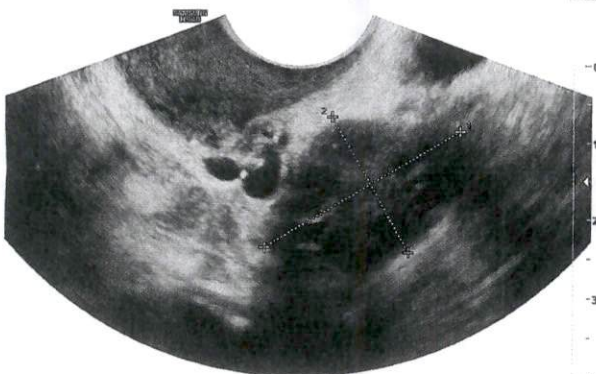


1 D 3.57 cm
2 D 3.28 cm

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... HAJAR
BENTISSE TIs 0.19 MI 1.29 28-10-2023
12:21:38

Uterus®
EVM-9
4.0 cm
45 Hz

[2D]
Gén
Gén 55
PD 108
MI 3
P 90%

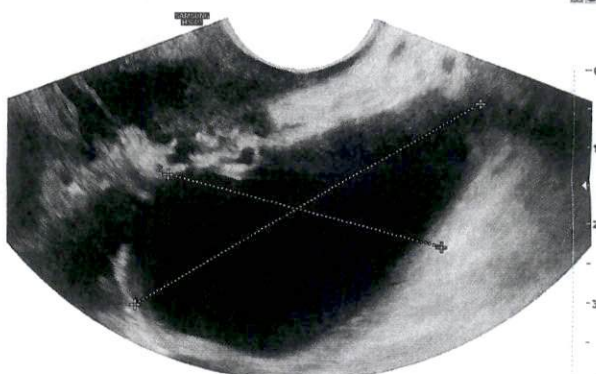


1 D 2.34 cm
2 D 2.82 cm

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... HAJAR
BENTISSE TIs 0.19 MI 1.29 28-10-2023
12:21:52

Uterus®
EVM-9
4.0 cm
45 Hz

[2D]
Gén
Gén 55
PD 108
MI 3
P 90%



1 D 5.18 cm
2 D 3.85 cm