

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

M23-005395

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED
 Date de naissance : 31/10/69
 Adresse : NOUACEUR
 Tél. : 0668.12.23.51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE Oumaima
Hépatogastro-Entérologie
Bd Al Quods, Résidence Assafa
Imm. 405, 2ème Etage - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 50 30 31


Date de consultation : 10/01/2024
 Nom et prénom du malade : DELLALI OUISEL Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Intoxication corps étranger
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) : Le : / /

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
10/01/2024	voir facture		1800,-	
10/01/24	cs		300,-	

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
	10/01/24	ASP	2000,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

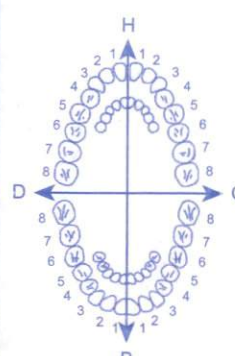
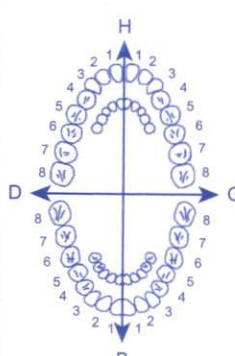
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ORDONNANCE

Casablanca le, 10.01.24

Dr. HEDOTO-CASTRO-ENTÉROLOGUE
Bd Al Quods, Résidence Assafra
Im. 405, 2^{ème} Etage - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 50 30 31

Urgences 24h/24

Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie
Interventionnelle

Maternité

Réanimation
Néonatale

Hémodialyse

M^{me} DELALI Ouissal

have sup

ASP debout

Rc = ingestion de Corps

étranger

Dr. HEDOTO-CASTRO-ENTÉROLOGUE
Bd Al Quods, Résidence Assafra
Im. 405, 2^{ème} Etage - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 50 30 31

Dr Oumaïma BENKIRANE
Ep Lahilou

Spécialiste en Hépto-Gastro-Entérologie

Echographie - Fibroscopie - Coloscopie - Proctologie

- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme universitaire des hépatites virales et Anti-viraux, UPMC Paris
- Diplôme universitaire des Maladies inflammatoires chroniques intestinales, UPMC Paris



الدكتورة أوميمة بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد
الفحص بالصدى - تنظيف المعدة والمعي الغليظ

علاج أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم جامعي لإلتهاب الكبد الفيروسي - باريس

دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء - باريس

Casablanca, le

10/01/2024

Mme DELLALI Ouissal, âgée de 42 ans, Est à hospitaliser le : 10/01/2024

Pour : FIBROSCOPIE

RC: ingestion de corps étranger

Merci de vous présenter à jeun strict (sans manger ni boire ni fumer)

et accompagné (la conduite de véhicules est interdite après l'anesthésie)

Votre sortie aura lieu le jour même sauf complications

Dr. BENKIRANE Oumaïma
Hépto-Gastro-Entérologue
Bd Al Qods, Résidence ASSAFA
Immeuble 405, 2ème Etage - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 50 30 31

شارع القدس، تجزئة السكن الأنيق - «إقامة الصفاء»، عمارة 405، الطابق الثاني الرقم 13 - الدار البيضاء/الهاتف/الفاكس : 05 22 50 30 31

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Al Anik - «Résidence ASSAFA», Immeuble 405, 2ème Etage N° 13 - CASABLANCA

Tél./Fax : 05 22 50 30 31 E-mail : oumaimabenk81@yahoo.fr

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 130 / 2024 du 10/01/2024

Nom patient	DELLALI OUISSAL	Entrée 10/01/2024	Sortie 10/01/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FIBROSCOPIE	1,00	K	1 800,00	1 800,00
			Sous-Total	1 800,00
Total				1 800,00

	Total général 1 800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE HUIT CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces 1 800,00			Total encaissé 1 800,00	Solde 0,00
---------------	---------------------	--	--	----------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca
Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

Nom=Mme DELLALI OUISSAL

Casablanca, le 10/01/2024

Age= 1982

Indication= Ingestion de corps étranger

Opérateur / Anesthésiste = Dr Benkirane /Dr CHARRI

Aide=Siham

COMPTE RENDU DE FIBROSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

Examen réalisé sous sédation au diprivan par vidéoendoscope Olympus CV190

Oesophage :

Muqueuse œsophagienne normale jusqu'au Cardia situé à 36 cm des arcades dentaires. Pas de hernie hiatale

Petite érosion muqueuse cardiale avec signe de saignement récent

Estomac : estomac semi plein avec débris alimentaires solides et liquides ne permettant pas de retrouver le corps étranger ingéré

Fundus : muqueuse parait normale, son plissement est harmonieux

Antre : muqueuse antrale érythémateuse. A la retro vision, angulus de même aspect; région sous cardial libre. Bol alimentaire impossible à aspirer

Pylore centré facilement franchi

BULBE muqueuse normale, il n'y a pas d'ulcère

DPB : muqueuse normale, hauteur des plis duodénaux normale

CONCLUSION :

Erosion cardiale avec saignement minime récent témoignant de son origine traumatique

Débris alimentaires semi-solides ne permettant pas de mée le corps étranger ingéré

Aspect de gastrite antrale érythémateuse

Dr. BENKIRANE Oumaima
Hépatogastro-entérologue
Bd Al Quod, Résidence Assala
Casablanca
Tél : 05 27 50 30 23
Fax : 05 27 50 30 23

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 132 / 2024 du 10/01/2024

Nom patient	DELLALI OUISSAL	Entrée 10/01/2024	Sortie 10/01/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIO DE ABDOMEN SANS PREPAR SOUS 1 INCI	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total				200,00

	Total général 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS	

Encaissements		Carte Bq 200,00	Total encaissé 200,00	Solde 0,00
---------------	--	--------------------	--------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca
Bouskoura - Casablanca
Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

Casablanca , le 10/01/2024 Patient : DELLALI Ouissal Prescripteur:

ASP DEBOUT

Opacité spontanément hyperdense repéré au niveau de la région hypogastrique, en rapport avec un CE ingéré.

Répartition normale des clartés digestives.

Absence de pneumopéritoine décelable.

Pas de niveau hydro-aérique pathologique visible.

Merci de votre confiance.

CLINIQUE VILLE VERTE
Service Radiologie
Tél 05 22 51 23 23