

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 061087

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05464

Société : RATM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMIH ABDE RHMANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661950331

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-61087

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/02/21		3000H		
01/02/21	Frais de...		486	

01/02/21 3000H

07/02/21 Frais al eng.

186

ACHINAA

22862286

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/2022	408,400

	01/07/2022	no 81 kor
--	------------	-----------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/07/94	1320	350 DA

[illegible][illegible][illegible]

7801a

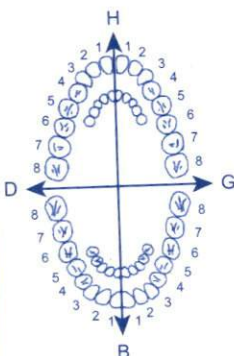
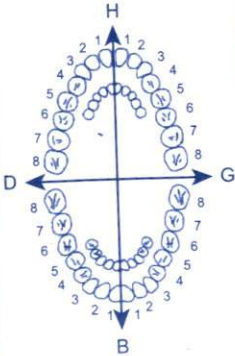
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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															

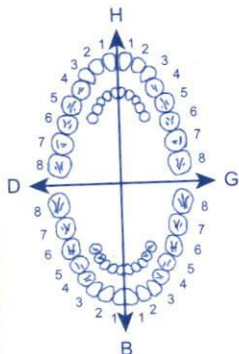
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE .
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : 25/7/24

Docteur :

M. SANI H. ASSAOUMAR

58,40

- Solucept 20

20 mg en ne sel par
pêl 03 fois

Tavanic 500 mg

Aps 1000 - (07)

80 ml
14/11

Dr. ZAKKOURI MOHAMED

Médecin Spécialiste
Anesthésiste - Réanimateur

T = 408,40

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 01/2024
LOT 00018 8

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH

6 118001 080830

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg cp pel b6
P.P.V : 145,00 DH

6 118001 080670



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

01/07/2021

Docteur

Dr. Khaled HALLOUJ
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
7, Rue Bendaïen Bd Mohamed V
Tél : 05 22 43 16 88 / 05 22 27 88 81

Mr. SAHIL Abdelhakem

N° 5164

Fibroscope

H. H ??

Dr. Khaled HALLOUJ
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
7, Rue Bendaïen Bd Mohamed V
Tél : 05 22 43 16 88 / 05 22 27 88 81



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **SAMIH Abderrahjmane**

FACTURE N° : 21/0941

DATE : 07/07/2021

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies simples	320P	350,00
Total Cotation		Total Montant
		350,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

PAYÉ EN ESPÈCES



59, Bd Rahal El Meskini - 3^e étage - Casablanca 59 شارع رحال المسكيني - الطابق الثالث - الدار البيضاء
Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02 - E-mail : patholab6@hotmail.fr - Taxe professionnelle : 34303849 - I.F : 41903849
I.C.E : 001807132000085 - I.N.P : 093003234



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° : 202104639 / 2021 du 07/07/2021

Nom patient **SAMIH ABDERRAHMANE**

Entrée 07/07/2021

PAYANTS

Sortie 07/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TKM	1,00		330,00	330,00
			<i>Sous-Total</i>	330,00
PINCE A BIOPSIE	1,00		156,00	156,00
			<i>Sous-Total</i>	156,00
Total Clinique				486,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS	Total	486,00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Sce Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - **URGENCES 24/24** مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N°: 202104639 / 2021 du 07/07/2021

Nom patient **SAMIH ABDERRAHMANE**
PAYANTS

Entrée 07/07/2021
Sortie 07/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TKM	1,00		330,00	330,00
			<i>Sous-Total</i>	330,00
PINCE A BIOPSIE	1,00		156,00	156,00
			<i>Sous-Total</i>	156,00
Total Clinique				486,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS	Total	486,00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Soc Mutuelle

مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

Casablanca le 27.07.2021

Mr. Samir Abderrabman

Thno OUD :

Cardio en place
Mucosuse vasculopneum normale
des muqueuses claires
Paros gastriques normo kinétiques.
Mucosuse gastriques gylthues to-
atrophique. (Bougie Syphonale)
Pylore franchement ouvert
Bulbe D2 et papille endosse
Stomac normalement

Dr. Khaled HALLOUIN
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
7, Avenue Mohammed VI
Tél : 05 22 85 92 20 - Fax : 05 22 86 22 23

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) / Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F.: 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° 37908413 - ICE : 001743751000001



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Casablanca, le 09/07/2021

Nom & Prénom : SAMIH Abderrahmane
Prescrit par : Dr HALLOULY khaled
Ref. : 21H0892

Prélevé ou parvenu au laboratoire le : 07/07/2021
Organe ou nature du prélèvement : Biopsies gastriques.
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 60 ans
gastrite érythémateuse atrophique.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

10 plans de coupe sériés, dont 5 colorés au Giemsa, sont réalisés sur les 5 fragments biopsiques reçus. Ceux-ci montrent une muqueuse gastrique antro-fundique légèrement inflammatoire, micro-congestive, non atrophique et non métaplasique, comportant de discrètes érosions superficielles et un infiltrat mononucléé lymphoplasmocytaire et polynucléaire de faible densité régulièrement réparti, sans îlot lymphoïde à centre clair associé. On ne décrit pas de dédifférenciation épithéliale glandulaire ni d'atypies cellulaires dysplasiques.

Recherche d'HP négative.

CONCLUSION :

*Gastrite antro-fundique légère micro-congestive, très discrètement érosive, non atrophique et non métaplasique, sans atypies cellulaires dysplasiques notables.

*Recherche d'HP négative.

Dr. Meryem Cherkaoui
Dr. Meryem CHERKAOU
Pathologiste
59, Bd - Rahal El Meskini
Casablanca - Tél.: 0522 54 01 93

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. HALLOULY KHALID

FIBROSCOPIE

N° : 21070715501670501 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21-051066	SAMIH ABDERRAHMANE	07/07/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	carte 222181 visa	486,00
MUPRAS	Total	486,00

QUATRE CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

59, Bd Rahal El Meskini - Casa - Tél: 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02

E-mail : patholab6@hotmail.fr

REÇU

N/Réf :

Reçu de Mr.

Sami H. Abdouhamane

La somme de :

350 000

Pour :

P320

Le :

27/07/21



**CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE**

ACHAT

07/07/2021 15:02:58

9900114472

91144701

CLINIQUE ACHIFAA

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

*****9354

09/22 CARTE NATIONALE

D29CC058E58931FE

226-0-9999-1-44

MONTANT: 486.00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 222181

STAN : 000615

DEBIT

Le CHI vous remercie

TICKET A CONSERVER

Copie Client