

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.

Diagnostique 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° P19- 055951

8 3952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8847 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RESSOUAN HASSAN

Date de naissance : 18/03/1958

Adresse : 9 Résidence RIA Me BEN KHARANE MEER Sultan

963,10

Tél. : 0663607286 Total des frais engagés : 963,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/8/2021

Nom et prénom du malade : RESSOUAN AYINIA Age : 64

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

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : 24/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/2021	263.10
INPE: 092024306		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/8/2021	Cholestéro	40000
		ad d'auto	

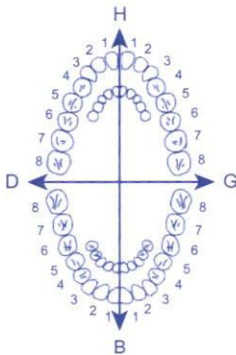
[illegible]

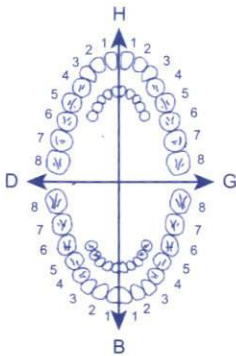
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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			
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelhak MELLAH

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Échographie abdominale
Endoscopie digestive
Proctologie médico-chirurgicale



الدكتور عبدالحق الملاح
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار الداخلي
علاج وجراحة أمراض الشرج

Le 24/08/2021

Mme RESSOUANY AMINA

LOT: 21177 PER: 05/2024
PPV: 21,00 DH

21.00

1- LIBRAX

97.60 1 cp x 2 par jour

2- ANTIGAS ADULT

144.50 1 sachet x 3 par jour

3- EUZOL 20

1 gélule le matin à jeun

T=263.10

Dr. Abdelhak MELLAH
Gastro Entérologie
261 Bd. Abdelmoumen Immeuble B N° 2 Étage 1
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 22 86 00 20

21001	0124
LOT	UTAV
NEWPHARMA	PPC
97	60

144,50

Dr. Abdelhak MELLAH

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Échographie abdominale
Endoscopie digestive
Proctologie médico-chirurgicale



الدكتور عبدالحق الملاح
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار الداخلي
علاج وجراحة أمراض الشرج

Le 24/08/2021

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

NOM : Mme RESSOUANY AMINA
INDICATION : Douleurs abdominales

FOIE :
Météorisme abdominal gênant l'examen.
Foie d'échostructure homogène et de taille normale

VESICULE BILIAIRE :
Paroi normale et contenu transsonore
La voie biliaire principale est de calibre normal.
Tronc porte de calibre normal

RATE ET REIN :
Rate de taille et d'échostructure normales.
Les reins sont d'échostructure et de taille normale.

PANCREAS :
Aspect normal

CONCLUSION :

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

Dr. Abdelhak MELLAH
Gastro-Échologue
261, Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL (Station Tram Abdelmoumen)
Tél : 05 22 86 00 20 / 05 40 06 83 00 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

Dr. Abdelhak MELLAH

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
Endoscopie, Échographie
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتور عبدالحق الملاح
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالصدى و المنظار
خريج كلية الطب بمونبلي فرنسا

Le 24/8/2021

NOTE D'HONORAIRES N°

M^{no} REDJOUAN Amina

- ☐ Fibroscopie OGD :
- ☐ Echographie abdominale
- ☐ Rectosigmoidoscopie :
- ☐ Coloscopie :

quatre cent cinquante
4000

Net à payer :

sept mille sept cent
7000

Dr. Abdelhak MELLAH
Gastro Entérologie
261 Bd. Abdelmoumen Immeuble B N° 2 étage 1, Casa
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 40 06 83 00

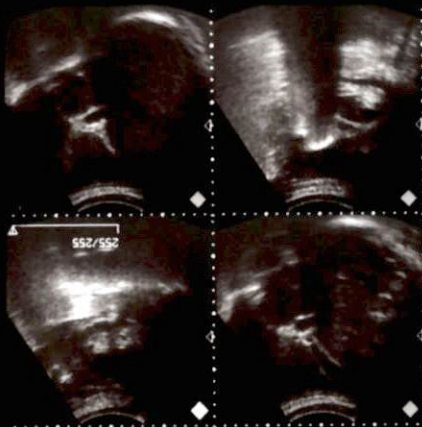
261 شارع عبد المؤمن العمارة «ب» - رقم 2، الطابق 1 الدار البيضاء - إقامة الأمل (محطة طرام عبد المؤمن)

261, Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL (Station Tram Abdelmoumen)

Tél. : 05 22 86 00 20/05 40 06 83 00 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

ICE: 001628998000055 IF: 14441726 TP: 36300334 CNSS: 980622 INP: 091112276

10.5 cm



STATUS F100

MODE LAB (H) 11

24 251.400

1# 35C50N 3.5W4Z

LEADWING

CABINET DR HELLM

NAME: RESSOUNNY AMIN ID:

000

1P1

065/060/F02/EE1/FR02

01/01/1970

00:27:22

