

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11735 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : Rouhi HAFSA

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : 06.61.20.86.28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

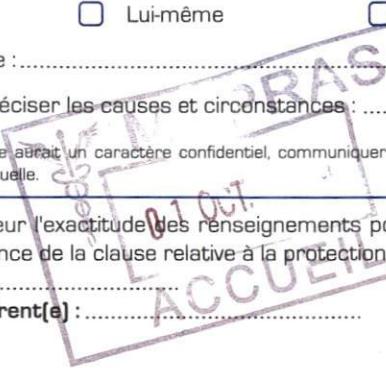
Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

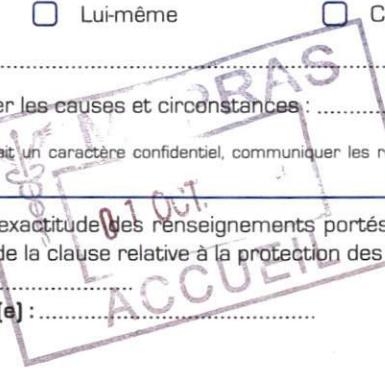
Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-027498

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 :

Conditions Générales

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1610244

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ROUHI HAFSA

Matricule : 11735 Fonction : C/C Poste :

Adresse : Bd BRAHIM ANAKHAI N°21 casablanca

Tél. : 0661 20 86 22 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A : Cas le 16/03/2013 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

DR BEN HAFNAÏD JALIL
HEPATOBASTROENTEROLOGUE
12 BD RAÏD TABUTTATE CASA

RELEVE 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
16.9.19	S	7		DR BENKIRANE MED JALIL HEPATOGASTROENTEROLOGUE 13 BO AÏT TROUATI JEDJALIL
17.9.19	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
R.C. PHARMACIE SO. RUBA STADES 0010 T.F. : 215509 - Pl. : 22254925 40436642 - Casablanca Tél.: 0522 540102	17/09/19	1491,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
R.D.RATHOLAB Laboratoire de Radiologie Babat El Mesi - Téle: 0522 540102	17/09/19	1000.00	500.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
D 00000000 00000000 35533411 11433553	G 00000000 B	MONTANT DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادا الوازيس

Dr. BENKIRANE MED
IPATO GASTRO ENTEROLOGIST
1- Bd. Ain Taoujilate - Casablanca
Tél: 0522 27 03 55

Casablanca, le

17.9.19

Florence Kaffla

Aclar 1g (A's) x 6

LOT : 3595
P.R.E : 06-21
P.P.V : 99DH00

99,00 1g x 2 l

Hibor 300s

10g x 6 (A's)

6

Cetavut 1g

(A's)

6

15,30 1g x 2 l

Cragst 20 (A's)

1gr line

Amixit x 14

29,00 au sein du lycée

1cdm x 8 l (A's)

Dr. BENKIRANE MED JAI II
IPATO GASTRO ENTEROLOGIST
Bd. Ain Taoujilate - Casablanca
Tél: 0522 27 03 55



14,50

~~Nesfukh 160~~
~~800 18 31 2~~
~~491,90~~



Dr. BENKIRANE MED JAH
HEPATO-GASTRO ENTEROLOGUE
14 Bd. Ain Taoujat - Casablanca
Tél: 0522 27 02 52

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fouarat - Casablanca
Tél. : 05 22 25 49 25
R.C. : 245509 - Pte. : 35873067
I.F. : 40436642

20 comprimés

Nauselium®

10 mg

Nauselium®

Dompéridone

10 mg

LOT : 1976
UT. AV : 03-22
P.P.V : 29 DH 00

20 comprimés
Voie orale

HIBOR® 3.500 U.I. Anti-

Bemipartine sodique



Solution injectable en seringues pré-remplies
Voie sous-cutanée

HIBO

Bemipartine

Solution injectable e
Voie sous-cutané



LOT:18210
PER:12-2020
PPV: 98,50 DH

LOT:18210
PER:12-2020
PPV: 98,50 DH

LABORATOIRES
PHARMAS

bottu s.a.
B2, Allée des Cisaurins - Alin Sabba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

6

Voie Orale

Prazol® 20 mg oméprazole

EMG
PER : 09/21
LOT : I374-5

NEALGYL® 80mg
Phloroglucinol
10 comprimés
orodispersibles



6 118000 041269

HIBOR 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues



6 118001 220212

des pré-remplies



des pré-remplies de 0,2 ml



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Casablanca, le 20/09/2019

Nom & Prénom : ROUHI Hafsa
Prescrit par : Pr BENISSA N. Dr BENKIRANE MJ.
Ref. : 19H1405

Organe ou nature du prélèvement : Vésicule biliaire

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 43 ans

Cholécystectomie sous coelioscopie.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Les sections étagées réalisées sur cette vésicule biliaire de 7cm x 2.5cm de grands diamètres, ont intéressé la région du collet, le corps et le fond vésiculaire.

Les plans de coupe examinés montrent une paroi vésiculaire légèrement inflammatoire, micro-congestive, siège d'un infiltrat inflammatoire mononucléé polymorphe grêle régulièrement réparti. Cette paroi est remaniée par une légère fibrose collagène et possède une muqueuse mamelonnée focalement dénudée par places subatrophique aplatie, ou dotée d'axes conjonctifs courts au revêtement épithelial souvent abrasé, ailleurs orthoplasique, dépourvu d'atypies cellulaires. Ici et là sont observées des récessus glandulaires normaux pénétrant la musculeuse, avec quelques concrétions biliaires intra luminales.

CONCLUSION :

*Cholécystite chronique lithiasique.

*Pas de malignité.





Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkavui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **ROUHI Hafsa**

FACTURE N° : 19/1513

DATE : 17/09/2019

Désignation	Cotation	Montant
Vésicule biliaire	450P	500,00
Total Cotation		Total Montant
		500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

