

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

### ditions 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.

### 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.

### ique :

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 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° P19-0027498

☐ 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 76 22 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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

## 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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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 pli 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  
VENTORIUM  
OUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
tes répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelonnées  
s le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
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 : CIC Poste :  
Adresse : Bd BRAHIM ANAKHA N°21 Casablanca  
Tél. : 0661 20 86 29 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. Rouhi HAFSA Age 45  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Cholestérol élevé  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Casa le 16/03/2019  
Durée d'utilisation 3 mois

DR BERNARD NASSALIL  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE  
13 BD AIN TABOUTATE CASA

## 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
16.9.19	S	7		
17.9.19	LS			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie STADES 0810 50, Rue de la République - Casablanca Tél.: 245509 - Pte.: 36873067 I.F.: 40436642	17/09/19	491,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES Dr. Bahal El Mesi Casablanca - Tél.: 0522 54 01 82	17/09/19	500 ML	

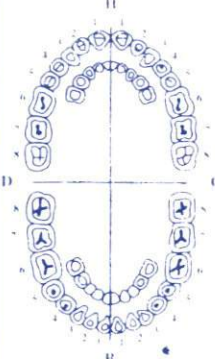
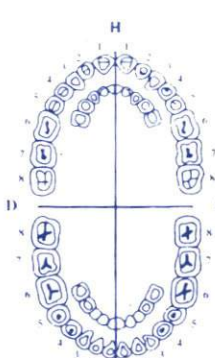
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires 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																								
	<table><tr><td></td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr><tr><td></td><td>B</td><td></td></tr></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)			MONTANT DES SOINS																					
	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'EXECUTION


Dr. BENKIRANE MED JALIL  
H-PATO GASTRO ENTEROLOGUE  
11 Bd. Ain Taoujate - Casablanca  
Tél: 0522 27 07 55


Flouki Kaffa

Casablanca, le 17.9.19


Aclar 1g  6l  
99,00 18 x 2 l  
LOT : 3595  
PER : 06-21  
P.P.V : 99DH00


PHARMACIE DES STADES 2010  
60, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tel : 05 22 25 49 25  
R.C. : 245509 - Ple : 36873067  
I.F. : 40438642

98,50 Hiber 300s  
x 2 =  
11g x 1/2  6l

Cetamyl 1g  6l  
15,30 1g x 2 l

CETAMYL 1000 mg  
1000 mg  
Efferescent  
um, sorbitol.  
r: 05/22  
مختبرات كالدال - ال  
CA - Casablanca - Maroc  
14,50

52,80 Pragal 20  20  
1g l m

29,00 Anschin 200g  
1cd x 8 l  20

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
H-PATO GASTRO ENTEROLOGUE  
11 Bd. Ain Taoujate - Casablanca  
Tél: 0522 27 07 55

5880 Newfuk 160  
18 r31 y

P. Lulans



491,90

**Dr. BENKIRANE MED JAL II**  
HÉPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
14 Bd. Ain Taoujate - Casablanca  
Tél: 0522 27 03 53

**PHARMACIE DES STADES 2010**  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 49 25  
R.C. : 245509 - Pte. : 36873067  
I.F. : 40436642

20

comprimés

**Nauselium®**

10 mg

Voie orale

# 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-

Bemiparine sodique

Solution injectable en seringues pré-remplies  
Voie sous-cutanée

**HIBO**

Bemiparine s

Solution injectable e  
Voie sous-cutané.

**LABORATOIRES PHARMAS**  
2 rue de la République

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

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

seringues pré-remplies de 0,2 ml

seringues pré-remplies

IBERNIA



*Handwritten: 3.500 U.I. Anti-Xa*

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



6 118001 220212

*Handwritten: 80mg*

فلورو  
NEALGYL® 80mg

Phloroglucinol  
10 comprimés  
orodispersibles



6 118000 041269

**Prazol**® 20<sup>mg</sup>  
oméprazole

Voie Orale

EMG  
PER: 09/21  
LOT: I374-5



**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



# 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 épithélial souvent abrasé, ailleurs orthoplasique, dépourvu d'atypies cellulaires. Ici et là sont observées des récessus glandulaires normaux pénétrant la musculature, avec quelques concrétions biliaires intra lumenales.

### CONCLUSION :

- \*Cholécystite chronique lithiasique.
- \*Pas de malignité.





Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr. Meryem Cherkaoui

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

