

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE FOUR

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

N° W19-507721

40432

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1307 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MOKHTAR

Nom & Prénom : KOUANE

Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 23 bd MARTINA S.S. MAROUF CAS

Tél. : 0667341983 Total des frais engagés : 2075,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2020

Nom et prénom du malade : HAFIS Fatima Age :

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

Nature de la maladie : 8° Dysenterie

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 : 17/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/08/2020	95	G	INP 031181248	
26/08/2020	Voir Recture 4 Fog			


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/2020	231.80
	26/08/2020	143.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				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

Dr Oumaima **ASSAFANE**
Ep Lahlou

Spécialiste en Hépatogastro-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 أيمية بنكيرات

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد
الفحص بالصدى - تنظير المعدة والمعي الغليظ
علاج أمراض المخرج
خريجة كلية الطب بالرباط
دبلوم جامعي لإلتهاب الكبد الفيروسي - باريس
دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأعضاء - باريس

Casablanca, le 12/08/2020

Mme Haris Fatima

45.50x2

GASTINAT

1 gel 3 fois par jour , entre les repas

Upplax2

METEOSPASYL

1 comprimé 3 fois par jour avant repas

Traitement pour 2 semaines

237.80

METEOSPASYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

METEOSPASYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

[Signature]

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

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 26/08/20

• Urgences 24h/24

• Médecine

• Chirurgie

• Réanimation

• Radiologie

• Cardiologie
Interventionnelle

• Maternité

• Réanimation
Néonatale

• Hémodialyse

Mlle HARISS Fatima

122,80

Euzol 40 ug.

122,80

1 gel le matin à

20,15

Gastrogel

PHARMACIE ATTENMIA S.A.R.L. All
Lot. Souffiane Imm B2 N°1
Sidi Maarouf Casablanca
Tel 0522 584 777

1 cas x 31j après (14j)



M.B. 20

[Signature]

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

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

F A C T U R E

N° 4 618 / 2020 du 26/08/2020

Nom patient	HARIS FATIMA	Entrée 26/08/2020	Sortie 26/08/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FIBROSCOPIE	1,00	Z	1 700,00	1 700,00
			Sous-Total	1 700,00
Total Frais Clinique				1 700,00

	Total général 1 700,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE SEPT CENTS DIRHAMS	

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	1 700,00				1 700,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
Service Facturation
Casa Green Town Bouskoura
INPE 090062696
Fax: 0522 78 25 89

CLINIQUE VILLE VERTE**EL SAN****TEL : 0522 51 23 23****TEL : 0667 57 57 57****E-MAIL : contact@cvv.ma****CASABLANCA****BILLET DE SORTIE**Nom du patient : **HARIS FATIMA**Chambre : **LIT.08**Médecin traitant **BENKIRANE OUMAIMA**Prise en charge **PAYANT**Date entrée **26/08/2020**Date sortie **26/08/2020 10:46**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : MEHDI.G 26/08/2020 11:47 200826085735A.-001**CLINIQUE VILLE VERTE**

Service Pédiatrie

Casa Green Town Boulevard

INPE 0522 51 23 23

Fax: 0522 78 25 89

(8)

Oumâima BENKIRANE

Ep Lahlou

Spécialiste en Hépatogastro-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 أميمة 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

12/08/2020

Mme HARIS Fatima, âgée de 66 ans, Est à hospitaliser le :

Pour : FIBROSCOPIE

RCX: epigastralgies + serologie hp (+)

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

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

Nom=Mme HARIS fatima

Casablanca, le 26/08/2020

Age= 1954

Indication= Epigastralgies + Sérologie Hp(+)

Anesthésiste = Dr HAFIANE

Aide=Dounia

COMPTE RENDU DE FIBROSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

Examen réalisé sous sédation au diprivan par vidéoendoscope Olympus CV190

Oesophage :

Muqueuse œsophagienne normale jusqu'au cardia muqueux situé à 36 cm des AD

Pas de hernie hiatale

Estomac : lac muqueux clair peu abondant

Fundus : muqueuse fundique normale, son plissement est harmonieux

Antre : muqueuse antrale érythémateuse (biopsies). A la rétro vision région sous cardiale libre

Pylore centré facilement franchi

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

DPB : muqueuse duodénale normale. Biopsies

C/C :

Aspect de gastrite antrale érythémateuse

Biopsies gastriques et duodénales

[Signature]
Dr HAFIANE
Gastro-entérologue
Tél: +212 (0) 5 22 51 23 23
Fax: +212 (0) 5 22 51 23 23
Email: contact@cvv.ma
www.cvv.ma