

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-579365

52492

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7000 Société : RAN  
 Actif       Pensionné(e)       Autre  
 Nom & Prénom : FAROU FATIMA EZZOHRA  
 Date de naissance : 10-12-1968  
 Adresse : 122 BD DRIF JAWASSI Apt of Residence WAFI MAC Casablanca  
 Tél. : 0661407829 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom du malade : FAROU FATIMA EZZOHRA Age: \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 DEC. 2020

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 : 21/12/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : Faru

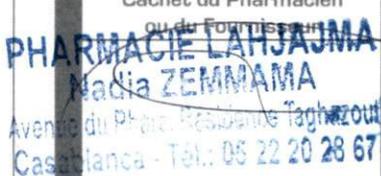
### Adresses Mails utiles

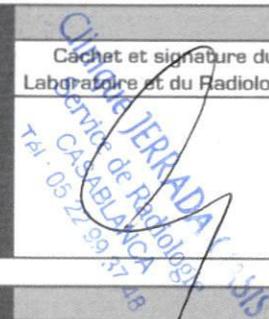
- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

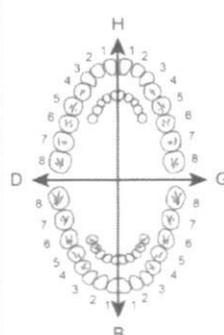
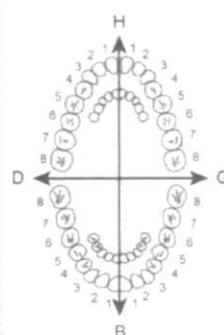
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

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
06/11/2020	G		600,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fortifié	Date	Montant de la Facture
	1/11/2020	28610

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/11/2020	Edag Abg	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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														

# Consultation Externe

## Compte Rendu Médical

Nom et Prénom du Patient :

Mme Fatou Fatim Zahra

Age :

Date :

16/11/2020

Infection COVID 19 traitée

Pas de fuites une ecchymose  
abdominale

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

Médecine Interne

Pathologie Infectieuse - Hépatologie

Médecine Tropicale

Maladie Sexuellement Transmissible

86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA

Tél : 0522 86 14 08 / 09

Clinique JERRADA CASIS  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 99 37 48



# Consultation Externe

## Compte Rendu Médical

Nom et Prénom du Patient : M<sup>me</sup> Fouid Fatima Falsa

Age : \_\_\_\_\_ Date : 1 / 11 / 2020

LOT : 20E004V  
 PER.:05 2022  
 DUSPATALIN 200MG  
 GELU B20  
 P.P.V : 54DH00  
 6 118000 010531

1) Duspatalin 200  
5400

1 compi x 2/1 -  
au 1 repas x 10/1 -

2) Metilium  
3440

1 compi x 3/1  
au 1 repas x 10/1 -

3) Eucalypt GM  
3200

1 compi x 3/1  
au 1 repas x 10/1 -

4) Imesium 40  
8210

1 compi su x 10/1 -

**PHARMACIE LAHIA JMA**  
 Nadia ZEMBAJMA  
 Avenue du Prince Résidence Taghazout  
 Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

**Pr. Majida ZAHRAOUI**  
 Médecine Interne  
 Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
 Médecine Tropicale  
 Maladie Sexuellement Transmissible  
 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA  
 Tél : 0522 86 14 08 / 09

Zahraoui

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubair bnou al anouar roches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**  
 20 mg  
 Boîte 14  
 Cpr GR

640150MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH  
 118001 020591

5) Pervital

247

1 case x 2/1 avant repas  
x 07 mois



6) Siprodyn boost

5900

1 comp / jour le matin  
x 07 mois



2860

PHARMACIE LAHAYAMA  
Avenue du Phare  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 39 67

PPV: 59,00 DH  
LOT: CE00076  
EXP: 04/2023

Lot: 3719A  
020025  
EXP: 32,00 DHS  
PPV:

**PERVITAL**  
Cyproheptadine + Vitamines  
Sirop 125 ml  
P.P.V. : 24,70 DH  
6 118000 190783

[Blank area with some faint markings]



Casablanca, le 16/11/2020

PATIENT : FARID FATIMA EZZOHRRA  
PRESCRIPTEUR: DR ZAHRAOUI MAJIDA

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

### RESULTAT :

Le foie est de taille normale, d'échostructure échogène homogène et sans formation focale.

Lit vésiculaire libre.

Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la voie biliaire principale.

Tronc porte de calibre normal.

Le pancréas est de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.

La rate est de taille normale et homogène.

Les deux reins sont de taille normale, bien différenciés avec conservation des index corticaux et sans dilatation des cavités pyélo-calicielles ni image de lithiase.

Absence d'épanchement intra-péritonéal.

Vessie vide.

### CONCLUSION :

**Stéatose hépatique homogène.**

**Absence d'autre anomalie notable par ailleurs.**

Merci de votre confiance.

**Dr AKDIM\***

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 99 37 48

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 16-11-2020

Facture N° 17409/20

## A. Identification

N° Dossier : CJO20K16142948

N° Identifiant : 036056/20

Nom & Prénom : Mme FARID FATIMA EZZOHRA

C.I.N : E220703

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-11-2020

Date Sortie : 16-11-2020

Médecin traitant : DR . ZAHRAOUI MAJIDA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		600,00			600,00
Total Rubrique :						600,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

600,00

0,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

**TOTAL GENERAL 600,00**

SIX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 39 37 48

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**PAIEMENT EFFECTUE PAR :** Mme FARID  
FATIMA EZZOHRA  
**NOM DU PATIENT :** Mme FARID FATIMA  
EZZOHRA  
**DATE DE NAISSANCE :** 10/12/1965  
**CJO20K16142948**



Reçu N°: 61921

Paiement du 16/11/2020

Actes

Montant

600,00 Dh

Type de paiement

Chèque

Numéro du chèque :

0286505

Montant du chèque :

600,00 Dh

Banque :

Attijari Wafa bank

Imprimé par : EL KASRI SAMIR Le 16/11/2020 14h36