

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 :

FAOU FATIMA EZZOHRA

Date de naissance :

10.12.1968

Adresse :

122 BD DRIF EL MASSI Apt 07 Rabat
WAFI MC Casablanca

Tél. :

0661607829

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MAJID LAHRAOUI
Médecin Interne
Pathologie Infectieuse Hôpital
Médecin Tropicaliste
Maladie Sexuellement Transmissibles
86, Bd. My. 1er Etage 101 CASABLANCA
Tél : 05.22.80.14.08-09

ACCUEIL

Date de consultation :

FAOU FATIMA EZZOHRA

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

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 : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

FAOU

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

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
26/11/2020	G		600,00	Dr. M. BERTHIAUD Médecine Interne Pathologie Infectieuse Hépatologie Médecin Tropical 44, Bd. My. Lariss 1er - CAS Tel : 05.22.86.14.00 / 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Avenue du Ph. Résidence Taghazout Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	1/11/2020	286,10

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique JERRADA OASIS Service de Radiologie Casablanca - Tel: 05 22 99 37 48	16/11/2020	Edg 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 :

Veillez 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	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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Consultation Externe

Compte Rendu Médical

Nom et Prénom du Patient :

Mme Fatou Fatiha Zahr

Age :

Date :

16/11/2020

Infection COVID 19 traitée
Parce de faire 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 : Mme Faïd 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 / -
 au 1 repas x 10 / -

2) Motellium 1 compi x 3 / 1 au 1 repas
 3440 x 10 / -

3) Eucubus 6m 1 compi x 3 / 1 au 1 repas
 3200 x 10 / -

4) Iressium 40 1 compi au 1 repas
 8210

PHARMACIE LAHIAJMA
 Nadia ZAHRAOUI
 Avenue du P. Z. 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

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benou al aujam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg
 Boîte 14
 640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
 118001 020591

5) Pervital

247

1 cas x 2/1 avant repas
x 07 mai



6) Siprodyn boost

5900

1 comp 1 jour le matin
x 07 mai



28620

Pharmacie Lahajma
Avenue du Phare
Casablanca - Tél: 05 22 20 29 67

PHARMACIE LAHAJMA

PPV: 59,00 DH
LOT: CB00076
EXP: 04/2023

Lot: 3719A
EXP: 02/02/25
PPV: 32,00 DHS

PERVITAL
Cyproheptadine + Vitamines
Sirop 125 ml

P.P.V. : 24,70 DH



6 118000 190783



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
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		600,00			600,00
Total Rubrique :						600,00
PARTIE CLINIQUE :						600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						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

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