

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.

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° W21-667958

37932

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12436 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BEN HADDA Amal

Date de naissance : 26/10/1984

Adresse :

Tél. : 0661879567 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 16/11/2023

Nom et prénom du malade : Amal ben hadda Age : 38 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fibrose kystique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : Amal Le : 16/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

MAM ZGUIOUAR
 Médecin Généraliste
 N° 3 - 1er étage
 Tel : 06 76 67 07 88

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

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
16/11/2022	C1	C1	130DH	INP : 061237309

Dr. Ahlem Zaidi
 Médecin Généraliste
 N°26 Immeuble
 El Aloui Appt N°3 - 1er
 Hammam. Tél : 06 76 67 0

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/11/2022	B 580	530DH
	19/11/2022	245	450,-

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 canauxaires, 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

خصيصة داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الحوي

الحماية العلاجية

ORDONNANCE

Déroua le : 16/11/2021

M. Amal Ben Bouabd

Echographie abdominale sup

CENTRE DE RADIOLOGIE MEDICALE
Dr. AL AZZAOU
36-38, Rue Tank Emou Ziad Batechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 03 09 35 12 64

Ahlem ZGUIOUAR
N°101, Bd Mohammed VI, Casablanca
Tél : 06 76 67 07 80
Appel No 3 - 1er Etage
N°101, Bd Mohammed VI, Casablanca
Tél : 06 76 67 07 80

26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (Badr el khayr) 1er étage appartement 3 Deroua

Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté
De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'Hôpital
Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle
Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

خصيصة داخلية مابقا بمستشفى
مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدر

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي
الحماية العلاجية

ORDONNANCE

Déroua le :

16/11/2024

A. Am. Benhadou

WFS PQ

/ Serkha

ISHUS



Dr. Ahlam ZGUIOUAR
Médecin Généraliste
N°26 Immeuble
N°3 - 1er Etg
Deroua. Tél : 06 76 67 67 80

26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة
26 Lotissement Nassim (Badr el khayr) 1er étage appartement 3 Deroua

Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في : 19/11/22 Berrechid, le :

Facture A014/2022

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratiqé : Echo cervicale

Nom et Prénomme **BENHADDA AMAL**

Pour la somme : 450.00 DH

Quatre Cents cinquante dirhams

Signé : DR. A.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
36-38, Rue Tarik Enou Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

LABORATOIRE MAKHLOUF

D'ANALYSES MEDICALES



L.A.M.M

مختبر مخلوف

للتحليلات الطبية

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

DEROUA le: 17/11/2022

FACTURE N° 3569/22

Médecin **Docteur AHLAM ZGUIOUAR**
Nom du patient **MME BEN HADDA AMAL**
Examens **- NFS- FERRI- TSH**
Cotation **B 580**
Montant **530,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de: CINQ CENT TRENTE DIRHAMS



ICE : 002397299000057

INPE



063063440