

## 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° W21-623465

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJABOUR Mustapha

Date de naissance : 01-01-1945

Adresse : Maryim I imb D AP7 WATIK Benachid

Tél. : 0652249187  
0610079250

Total des frais engagés : 566,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Leila BEKKAI

134, Bd. El Fida Hay Yasmine

Date de consultation :

15/11/2022

Nom et prénom du malade :

BENJABOUR Mustapha

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Toux rebelle au tr.

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 : 16-11-2022 Benachid

Le : 16-11-2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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                       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 15/11/2022      | C                 | 1                     | 150,04                          | INP : 0612040024<br>Dr. Leila BEKKAR<br>134, Bd El Firda Hawvestina<br>0851 55 93 14 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    | Date     | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie SARI<br>05 22 33 88 80<br>Bordj | 26/11/22 | 266,40                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|                                                     | 15/11/22 | 21                           | 150,00                 |

# 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 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]                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | 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

Dr. Leila BEKKAI

134, Bd. El Fida Hay Yasmine

Tél.: 0661 56 93 14

Le: 16/11/2022

MR - BENJABOUR Mustapha

ORDONNANCE

13520

① - Zivlox 400mg 4  n = 1/7

4000 24/j x 07j

② - EFFIPRES 20mg 4  n = 1

3A.202 4/j x 06j

③ - BRONCHATHIOL Syngel Ad  n = 1

1cc's x 3/j

T = 266.40

Dr. Leila BEKKAI  
134, Bd. El Fida Hay Yasmine  
Tél.: 0661 56 93 14



Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بـ دكار

Berrechid le:

15/11/2022

برشيد في:

## ORDONNANCE

MR BENJABOUR Mustapha

- Rx des pommous.  
face.

Dr. ALAZZAOU  
30, 38, Rue Tank Drou Zied Berrechid  
18105 22 33 63 73 108 03 35 12 64

Dr. Leila BEKKAI  
134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
Tél.: 06 61 56 93 14

**PHARMACIE SARY - Berrechid**

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

**Facture N° 20221116-648**Date de vente : 16/11/2022  
Médecin traitant : LEILA BEKKA**BENJABOUR MUSTAPHA**

Maroc

3011

| Produit                            | Qté. | P.U    | TVA             | Total  |
|------------------------------------|------|--------|-----------------|--------|
| BRONCHATHIOL SI ADULTE 150ML SIROP | 1    | 31,20  | TVA (7.00%)     | 31,20  |
| EFFIPRED CO 20MG B20 COMP EFFER    | 1    | 40,00  | Exonéré (0.00%) | 40,00  |
| ZIVLOX CO 400MG B7 COMP PELLI      | 1    | 195,20 | TVA (7.00%)     | 195,20 |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Total HT     | 251,59 DHS        |
| TVA          | 14,81 DHS         |
| <b>Total</b> | <b>266,40 DHS</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent soixante-six DHS et quarante centimes

**EFFIPRED® 20 mg**PPV 40DH00  
EXP 06/2025  
LOT 22012 9

40745

لوکساسین 400 مله

425386000057

LOT: M0497  
PER: 07/2023  
PPV: 195,20DH

# 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 : 15/11/22 Berrechid, le :

Facture A014/2022

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratiqué : poumon face

Nom et Prénomme : **MUSTAPHA BENJABOUR**

Pour la somme 150.00 DH

Cent cinquante dirhams

Signé : DR. A.AZZAOU

Signature of Dr. Ali AZZAOU  
36-38, Rue Tarik Ibn 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

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002



# 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 GÉNÉRALE — MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PÉDIATRIE  
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 : ..... Berrechid, le : .....

**Nom et Prénom : BENJABOUR MUSTAPHA**  
**Examen Pratique : Poumon Face**  
**MEDECIN TRAITANT : BEKKAI**

*Cher confrère*

*Merci de la confiance que vous nous témoignez*

### **COMPTE RENDU :**

- Silhouette cardio médiastinale de dimensions et de morphologie normale
- surcharge hilare bilatérale
- Accentuation de la trame broncho vasculaire
- soulèvement des 2/3 interne de l'hémi-coupôle diaphragmatique droit.
- Pas d'image lésionnelle parenchymateuse en foyer d'allure *évolutive* décelable (poumon 3<sup>e</sup> âge) .

*Confraternellement*

**Signé : Dr. A AZZAOU**

Stamp: Dr. Ali AZZAOU  
Stamp: 36 38 Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid  
Stamp: 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