

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 045210

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344 Société : RAN 40877

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENFICIA MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045210

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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° W19-561074

en cours

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BouFAKRI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1968

Adresse : Hay TISSIR II Passage 16 N° 176 Berrchid

Tél. : 0668197659 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2020

Nom et prénom du malade : BOUHFIAD FADIL

Age : 51

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
21/09/20	C	1	150,00DH	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAN 1.3.5 Rue Elia Abou Madi - BORDJ Tel: 021 95 22 55 01	126,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr EL ARKAM Fatma Médecin Radiologue DC 762, Bd. H. HARTI Cité Djamaâ - Casablanca Tel: 05 23 57 65 65	02/09/20	Echo pelvienne	400DH

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>31433552</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	31433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	31433552																
	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

Docteur Latifa Bousmar

Médecine Générale

- Diplômes Universitaires
- Diabétologie
- Hypertension Artérielle
- Echographie
- Médecine d'urgence

-Électro - Cardiogramme



الدكتورة لطيفة بوصمار

- الطب العام
- حاصلة على شواهد جامعية
- داء السكري
- ارتفاع الضغط الدموي
- الفحص بالصدى
- طب المستعجلات

Ordonnance

Casablanca le..... 02/09/2020

M^{re} BOUSMAR Fatima

37,00

Duoxal cp
(S.V) 1cp x 2x x 7j

89,50

Artiflex Roll on (non)
(S.V) 1app x 2x

126,50

Pharmacie ALFAAD
135,500000 Abou
BERRECHID - Jdidi
Tél : 05 22 23 64

Latifa BOUSMAR
Médecin généraliste
3d Driss EL HARTI, Rue 24 N°7
Tél : 05 22 59 54 71

شارع ادريس الحارثي زنقة 24 الرقم 7 الطابق الأول (فوق مكتبة الخليل المسعودية قرية الجماعة البيضاء)

Bd Driss EL HARTI, Rue 24 N°7, 1er Etage (au dessus Librairie Khalil) Messoudia

Cité D'jamaâ - Casablanca - Tél : 05 22 59 54 71

Docteur Latifa Bousmar

Médecine Générale

- Diplômes Universitaires
- Diabétologie
- Hypertension Artérielle
- Echographie
- Médecine d'urgence

-Eléctro - Cardiogramme



اكدتورة لطيفة بوصمار

- الطب العام
- حاصلة على شواهد جامعية
- داء السكري
- ارتفاع الضغط الدموي
- الفحص بالصدى
- طب المستعجلات
- تخطيط القلب

Ordonnance

Casablanca le..... 02/09/2020

Mme BOUHAFID Fadila

Prise de sang

une échographie pelv.

(pt myome - Suspicion tumeur
endométrial /

شارع ادريس الحارثي زنقة 24 الرقم 7 الطابق الأول (فوق مكتبة الخليل المسعودية قرية الجماعة البيضاء)

Bd Driss EL HARTI, Rue 24 N°7, 1er Etage (au dessus Librairie Khalil) Messoudia

Cité D'jamaâ - Casablanca - Tél : 05 22 59 54 71

RADIOLOGIE SBATA

Facture N° : 2620/20

Le : 02/09/2020

Madame BOUHFID FADILA

Examen : ECHO PEL VIENNE

Montant : **400.00 DH**

Quatre Cent Dirhams

Dr. EL ARKAM Fatna
Médecin Radiologue
RDC 762, Bd Driss El Harti
Cité Djmaa Casablanca
Tél : 05 22 57 65 65



Docteur EL ARKAM Fatna
Médecin Radiologue

• Scanner Spirale Corps Entier
• Dentascanner - Panoramique Dentaire
• Echographie Générale

• Echographie - Doppler
• Echographie Ostéo Articulaire
• Radiologie Numérisée

• Mammographie Numérisée
• Radiographie Rachis Entier
• Radio - Photo

DATE LE : 02/09/2020

NOM & PRENOM : MME.BOUHFID FADILA
MEDECIN TRAITANT : DR.LATIFA BOUSMAR

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

- Vessie de bonne capacité, ne présentant pas d'anomalie pariétale et endoluminale.
- Utérus globuleux mesure 125x67x56 mm, de contours réguliers.
- Formation hyperéchogène du myomètre corporeale postérieure, assez bien limitée, non vascularisée au doppler couleur et mesurant 43x23 mm
- Formation ovulaire endocavitaire corporeale, hyperéchogène, bien limitée, non vascularisée au doppler couleur responsable d'un épaissement endométrial à 12.2 mm (1^{er} partie de cycle) et mesurant 20x9 mm de diamètre.
- Ovaires normaux.
- Absence d'épanchement du douglas.
- Absence de masse annexielle.

AU TOTAL :

- Utérus globuleux.
- Formation de 20x9 mm endocavitaire évoquant un polype sous muqueux.
- Formation de 43x23 mm du myomètre corporeale postérieure évoquant un myome.

CONFRATERNELLEMENT

Dr. EL ARKAM Fatna
Médecin Radiologue
RDC 762 Bd. Driss El Harti
Cite El Jemaa - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 57 65 65