

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-476076

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11233 Société : 4366

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MORCHIO EL IDRISSI SAMIR

Date de naissance : 04-01-2010

Adresse :

Tél. : 0661855352 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/20

Nom et prénom du malade : MORCHIO EL IDRISSI SAMIR Age :

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

Nature de la maladie : Infirmité

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° W19-476076

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 :



### 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
18/09/20	S	S	2500	INP : 091023877

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/09/20

287,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

18/09/20

général  
odontologie

4000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT 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



**Docteur Sanâa**  
**BENKIRANE Ep. HAMZA**  
 Ex. Résidente à l'Hopital  
 Ibn Rochd - Casa  
**PEDIATRE**  
 Allergologie - Asthme



**الدكتورة ابن كيران سناء**  
 زوجة حمزة  
 مقيمة سابقا بمستشفى  
 ابن رشد بالدار البيضاء  
 اختصاصية في طب الأطفال  
 الحساسية - الضيقة

Casablanca, le 19.9.20 في الدار البيضاء.

أورفيندي إكسپرس سارا ، 50g

143,60 x 2

OROFEN 4



1 4 x 2 15/7g

287,20

**PHARMACIE NASRI**  
 Dr. Rachid NASRI  
 151, bd El Mansour, Rés. Anfal  
 Hay Hassani-Casa  
 Tél. 022 94 56 11 - GSM 06 64 46 42 76

**Dr. Sanâa BENKIRANE Ep. HAMZA**  
 Pédiatre  
 Allergologie - Asthme  
 235, bd Yacoub El Mansour, Rés. Anfal  
 Imm. A - Hay Hassani - Casablanca  
 Tél. 05 22 94 56 11 - GSM 06 64 46 42 76

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Orofen 200 mg, cp, pel b 8  
 P.P.V : 143,60 DH  
 6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Orofen 200 mg, cp, pel b 8  
 P.P.V : 143,60 DH  
 6 118000 061069

### Consultation à Domicile

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3<sup>ème</sup> étage. appt. n°7  
 Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76



**Docteur Sanâa**  
**BENKIRANE Ep. HAMZA**  
**Ex. Résidente à l'Hopital**  
**Ibn Rochd - Casa**  
**PEDIATRE**  
**Allergologie - Asthme**



**الدكتورة ابن كيران سناء**  
**زوجة حمزة**  
**مقيمة سابقا بمستشفى**  
**ابن رشد بالدار البيضاء**  
**اختصاصية في طب الأطفال**  
**الحساسية - الضيقة**

Casablanca, le 19.9.20 في الدار البيضاء.

Dr. Sanâa Benkirane Ep. Hamza

Tr. min. à l'Hopital Ibn Rochd

Erythème Annulaire

(voir 1 et 2)

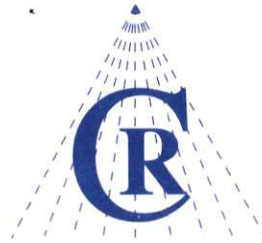
Dr. Sanâa BENKIRANE Ep. HAMZA  
Pédiatre  
Allergologie - Asthme  
235 bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3<sup>ème</sup> étage. appt. n°7  
Imm. A, appt. 7 3ème Ét. Casablanca  
Tél.: 05 22 94 56 11 - GSM: 06 64 46 42 76

**CASA RADIOLOGIE**  
**Drs. BENHADDOU BENYACHOU**  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 44 27 / 06 61 67 46 72

### **Consultation à Domicile**

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3<sup>ème</sup> étage. appt. n°7  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76





Casablanca le 23/09/2020

Médecin Traitant : **DR S. BENKIRANE**

Nom du patient : **MELLE MORCHID EL IDRISSI SARA**

Examen Réalisé : **ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Bilan d'infections urinaires à répétition.

TECHNIQUE :

Examen réalisé avec un appareil ACUSON S1000 avec une sonde convexe.

RESULTATS:

Le foie est d'échostructure homogène, de taille normale. Ses contours sont réguliers avec absence d'image focale hépatique.

La vésicule biliaire est alithiasique et sa paroi n'est pas épaissie.

Les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne sont pas dilatées.

Le pancréas est de morphologie normale, non épaissi.

La rate est d'échostructure homogène, de taille normale.

Pas d'épanchement péritonéal.

Les reins sont de situation normales; de contours réguliers, sans dilatation des cavités pyélocalicielles et sans image de lithiase.

La vessie est de contours réguliers.

Petit résidu post-mictionnel.

L'utérus est de taille normale.

Petits kystes ovariens simples infra centimétriques.

CONCLUSION:

*Echographie sus-mésocolique normale en particulier, reins et vessie d'aspect normal.*

*Pas d'épanchement péritonéal.*

Bien confraternellement à vous.

DR Y. BENHADDOU

**CASA RADIOLOGIE**  
Drs. BENHADDOU - BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 27 44 27/07 77 44/09 01 97 49 72





Casablanca, le 23/09/2020

**FACTURE :07958/2020**

Nom & Prénom : **MORCHID EL IDRISSI SARA**

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE I	
Montant TOTAL	400 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
QUATRE CENTS (400 DH)

CASA RADIOLOGIE  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 61 67 46 72