

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-530933

47174

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20678 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAMRI Zoubida

Date de naissance : 29 Aout 1945 à Rabat

Adresse : 27 Rue JA MAL Boukhene Appt 4 Rabat Aoudal

Tél. : 066123402 Total des frais engagés : 1250 DHS X DHS

Cadre réservé au Médecin

Pr. Amine BENJELLOUN

Cachet du médecin : Professeur en Chirurgie Vasculaire
Résidence : Le Minaret Appt. N° 32
Angle Rue Amman et Rue Vaugelas - Rabat
Tél. : 05 37 70 64 52 Fax : 05 37 20 33 66
CSM : 05 61 24 25 00

Date de consultation : 14/08/2015

Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age : 1945

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

Nature de la maladie : Venit

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 14/08/2015

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
14/05/00	G		250,0	INF: 1401100733 CHU de Casablanca Chir. N° 32 Youssef Rabat 05 31 20 33 66

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date

Montant de la Facture

RADIOLOGIE **CABINET DE RADIOLOGIE**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Dr. DINIA	
Date	Montant
15/09/2022	10000

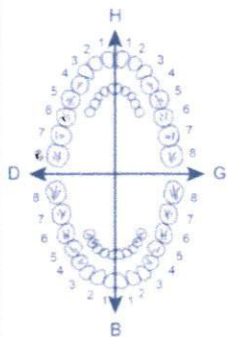
[illegible]

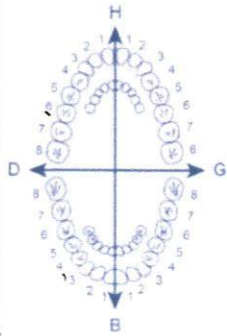
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 15/09/2020

Mme MAMRI Zoubida (née le 22/08/1945)

Examen demandé par : Pr A. BENJELLOUN

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES DEUX MEMBRES INFERIEURS

Technique : Examen réalisé en mode triplex, à l'aide de sondes de 3,5 et 13 MHz, au niveau du système veineux, superficiel et profond, des deux membres inférieurs.

Résultat :

Réseau veineux profond :

- Les troncs veineux profonds fémoro-poplités et jambiers sont compressibles, libres, et perméables.
- Continence des veines fémorales communes.

Réseau veineux superficiel :

- A droite :
 - La grande veine saphène est libre, perméable et continente au niveau de sa crosse et de son tronc.
 - La petite veine saphène est libre, perméable et continente au niveau de sa crosse et de son tronc.
- A gauche :
 - La grande veine saphène est libre, perméable et continente au niveau de sa crosse et de son tronc.
 - La petite veine saphène est libre, perméable et continente au niveau de sa crosse et de son tronc.
- Varicosités mal systématisées des cuisses et des jambes.

Grande veine saphène	Côté Droit		Côté Gauche	
Jonction saphéno-fémorale	5 mm		5 mm	
Tronc	Au niveau de la cuisse	3 mm	Au niveau de la cuisse	3 mm
	Au niveau de la jambe	3 mm	Au niveau de la jambe	3 mm

Petite veine saphène	Côté Droit	Côté Gauche
tronc	2 mm	2 mm

AU TOTAL : Système veineux superficiel et profond des deux membres inférieurs libre, perméable et continent.

*/SA

CABINET DE RADIOLOGIE
DE L'AGDAL
Dr SBIHI - Dr. DINIA
Dr BENJELLOUN
Dr. KABBAJ

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibraï Hanbal
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

Rabat - Agdal

F A C T U R E

Numero:I/00890

Rabat 15/09/2020

Nom patient	Date examens
MAMRI Zoubida	15/09/2020

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
ECHODOPPLER VEINEUX MI	1 000,00
TOTAL	1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

**CABINET DE RADIOLOGIE
DE L'AGDAL**
Dr. SBIHI - Dr. DINIA
Dr. BENJELLOUN
Dr. KABBAJ

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ

Professeur Amira BENJELLOUN

Chirurgien Vasculaire

Présidente de la Société Marocaine des Spécialistes Endovasculaires (SMSE)

Présidente de la Société des Spécialistes Endovasculaires du Maghreb (SSEM)

Membre de la Société Francophone des Lasers Médicaux (SFLM)

Membre de l'International Society of EndoVascular Specialists (ISEVS)

GSM : 06 61 29 25 00

Patente : 25106952

IF : 33425015

RC : 6229

REV 14/05/2020

Dr. Amin Zoubide

Examen des veines à l'IR

Examen de l'artère

Examen de l'artère

Examen de l'artère

Examen de l'artère

Examen de l'artère

CABINET DE RADIOLOGIE
DE L'AGDAL
Dr. SBIHI - Dr. DINIA
Dr. BENJELLOUN
Dr. KABBAJ

Pr. Amira BENJELLOUN
Professeur en Chirurgie Vasculaire
Résidence le Minaret, Appt. N° 32
Angle Rue Amman et Rue Yougoslavie - Rabat
Tél.: 05 37 70 65 52 - Fax : 05 37 20 33 66
GSM : 06 61 29 25 00



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 14.05.2020

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule : 20678	N° de poste :
Nom et Prénom de adhérent :	N°Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire :	N°Tél. domicile 0661223402
A remplir par le praticien	
Je soussigné : Dr. Amin Beyloun	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ANNA ZUBIDA	
Nécessite : un acte de V. ...	
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient).....	
Une hospitalisation de : (Approximatif).....	
A : (préciser l'établissement hospitalier).....	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Droit	
anesthesie	
Cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision :	

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIÈGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23 36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com