

## 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 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0015242

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1197 Société : R  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 135402  
 Nom & Prénom : DRIFI FATIMA  
 Date de naissance : 28/12/1965  
 Adresse : 509, rue Gouverneur Cass  
 Tél : 768331123 Total des frais engagés : 1600 + 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENCHAKROUNE Neïma  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE: 091031690

Date de consultation : 13/10/22

Nom et prénom du malade : Drifi Fatima Age : 56

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

Nature de la maladie : IRC

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° 7A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



[illegible]

13/10/21 CS 200,00 Hs  
21/10/22 KFO + HONORARE #16000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL YOUNE</b> <b>Dr BRAHIM HIND</b> 35 rue Goulmina Casablanca Tél : 05 22 26 21 04 INPE : 092038991	13/10/92	1371,00

35 rue Germaine Casablanca Tél : 05 22 26 21 04 INPE : 092038991	13/10/92	1371,00
--	----------	---------

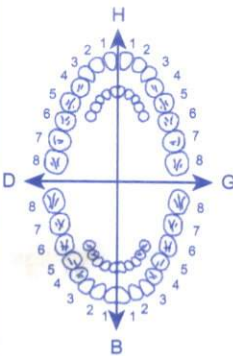
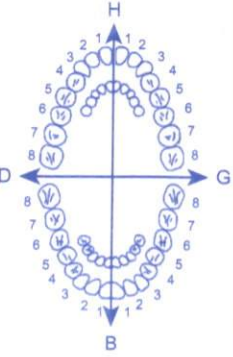
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D <span style="float: right;">G</span></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D <span style="float: right;">G</span>		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D <span style="float: right;">G</span>													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

A diagram of a human mandible (lower jaw) showing the arrangement of teeth. The teeth are numbered 1 to 8 on each side, starting from the center (incisors) and moving outwards (molars). The diagram is labeled with H at the top, B at the bottom, D on the left, and G on the right.

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline (tooth 1) and moving outwards. The arch is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. The teeth are represented by circles, some of which contain letters or symbols, possibly indicating specific dental conditions or treatments. The diagram is used to illustrate the relationship between the dental arch and the surrounding facial and lingual structures.

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

[illegible]

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA LE 27/10/2022



090062159

**FACTURE N°FC 2210.731**

**MME DRIFI FATIMA**

A bénéficié d'une :

- Perfusion de ferinject à 400.00 DHS
- Hospitalisation du jour avec monitoring à 600.00 DHS
- Surveillance à 200 dhs
- Honoraire médecin à 400.00 DHS

**TOTAL:1600,00Dhs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de mille six cent dirhams.**



**CASABLANCA LE 27/10/2022**

**RAPPORT MEDICAL**

Nous avons reçu **MME DRIFI FATIMA** chez qui nous avons procédé à une perfusion de fer pour une ferritinémie basse, elle a reçu une ampoule de fer 500 mg faite sur 1 séance :

- Le 27/10/2022

La perfusion s'est déroulée sans incidents notables.

Bien cordialement

DR. BENCHAKROUNE Nezha  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
Tél : 091031690



CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE

Néphrologue



مركز الكلى

مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشقرن

اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

Le 18/10/22

N e DRUFI Fahme

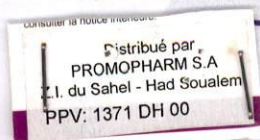
1371/00



Ferinject (AB)

Eprex 2000

1mg 8c x 3/semaine



606, RDC, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc

Tél : +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax : +212 5 22 29 51 89

E.mail : contact@centrerein.com - site : www.centrerein.com