

## 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.

### 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)



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

N° W21-761256

7356

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ - Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

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 : Casablanca

Le : 10/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Montant de la Facture
<p> <i>Dr. T. Abdelaziz</i>  <i>Pharmacie POLYCLINIQUE</i>  <i>58 Route M. Thami</i>  <i>Tel: 0522 90 47</i>  <i>Casa</i> </p>	<p> <i>0.593</i> </p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10.02.2022	ECHO pelvienn	2000 Ft.

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

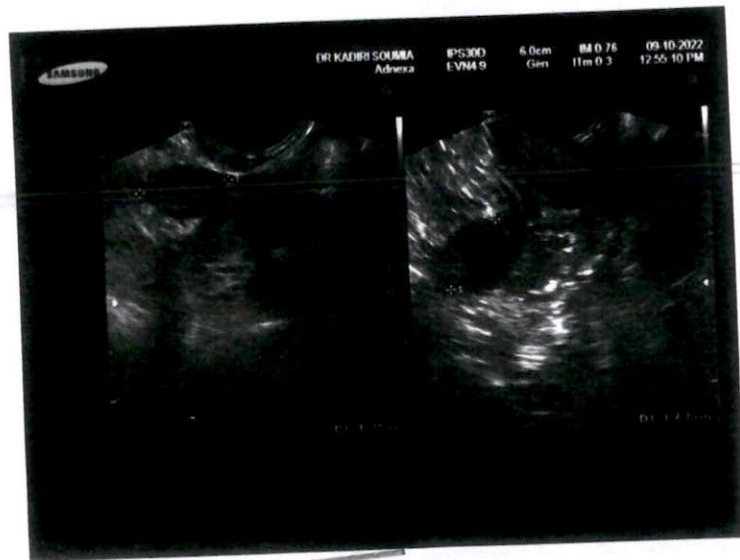
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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 SOUMIA KADIRI**  
 Spécialiste en Gynécologie  
 Obstétrique  
 Accouchement – Chirurgie  
 Gynécologique  
 Maladies et Chirurgie des Seins  
 Stérilité du Couple – Echographie



الدكتورة سومية كديرى  
 اختصاصية في أمراض النساء والولادة  
 الجراحة – العقم – أمراض الثدي  
 التصوير بالأمواج ما فوق الصوتية

### Echographie Eudovaginal /Sus-Pubienne

Nom et Prénom : *Mme Alouane Elhoue*  
 Date : *10/09/2022*

- Utérus en position antéversé, de contour régulier mesurant *87/39/73* D'échostructure homogène.
- L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.  
 Epaisseur de l'endomètre de *5mm*
- Les ovaires sont de taille et de structure normale :
  - Ovaire droit : *1.75 ce*
  - Ovaire gauche : *1.66 ce*
- Absence de masse pelvienne suspecte.
- Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie. *eudovaginal sus*  
*avancée*

**Dr. Soumia KADIRI**  
 Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
 68, Opération El FIRDAOUS GH.7 ETG. Rez de Chaussée. APPT .1  
 Hay Hassani- Casa Tél : 05.22.91.60.11  
 INFOS : 0977172162



Dr KADIRI SOUMIA

Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique  
• Accouchement - Chirurgie  
Gynécologique  
Maladies et Chirurgie des Seins  
Stérilité du Couple Echographie

الدكتورة قديري سومية

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

الجراحة - المقم - أمراض الثدي

التصوير بالأمواج مافوق الصوتية

Casablanca

Dr. Soumia KADIRI  
Médecin Gynécologie-Obstétrique

8, Rés. ... Casablanca 7, Bg RD

Appt N°1, Oulfa / Tél: 05 22 91 60 11

INPE: 091172460

FACTURE

NOM :

ALOUANE

PRENOM :

Elhoue

-consultation spécialisée

☐

-Echographie obstétricale

☐

-Echographie pelvienne

☒

- Pose de DIU

☐

-Frottis Cervico-Vaginal

☐

-Autres :

☐

MONTANT :

200 Ar

Dr. Soumia KADIRI  
Médecin Gynécologie-Obstétrique  
8, Rés. ... Casablanca 7, Bg RD  
Appt N°1, Oulfa / Tél: 05 22 91 60 11  
INPE: 091172460  
Signature



# Docteur KADIRI SOUMIA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Gynécologique

Maladies et Chirurgie des Seins

Stérilité du Couple - Echographie

الدكتورة قديري سومية

إختصاصية في أمراض النساء والولادة

الجراحة - العقم - أمراض الثدي

التصوير بالأشعة فوق الصوتية

311531  
Distribué par: ZENITH PHARMACIA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable  
AMM N°: 24/18DMP/21/NRO  
P.P.V.: 96.40 DHS

Casablanca, le :

Dr. Soumia Kadiri  
Médecin  
Gynécologie-Obstétrique  
CASA GH 7, Etg RD  
Tél: 05 22 91 60 11  
Appt N°: 05 22 91 60 11  
INPE: 091172460

22/05

96.40 x 2



1) Fluorimérol

58, Route My Thami Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 21 67 Casa

DR. TIR Abdelaziz  
PHARMACIE POLYCLINIQUE

2) Fluorimérol

22.40

3) Minazol

Fluorimérol

149.90

4) Gentamicin



365.10  
58, Opération EL FIRDAOUS - Gr 7 - Appt 1 - Rez de Chaussée  
Hay Hassani - CASA - Tél : 05 22 91 60 11 - 05 20 91 60 11  
En cas d'Urgence : 06 89 23 66 29 - Clinique les fleurs : 05 22 22 09 90