

## 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° W21-718284

137733

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : KASSID SAIED  
 Date de naissance : 16/08/1964  
 Adresse : 520 lot Hay tath casablanca  
 Tél. : 0661565303 Total des frais engagés : 1268 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ROCHD BENMERZOUK  
Pédiatre  
Bd. Al Oud, Lot Al Majd  
Imm. A 1<sup>er</sup> Etage N° 4  
Tél : 0522 52 44 68

Date de consultation : 11.11.22

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : 50, OASIS - Casablanca

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 : 11.11.22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
11-11-22	11-11-22	11-11-22	11-11-22	INP : 090003690

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTE ERRAHJOUTE Mohamed Thami CASABLANCA GSM 071 63 31 85	11/11/22	68,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
11-11-2022	11-11-22	echo	8000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

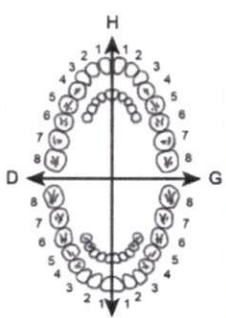
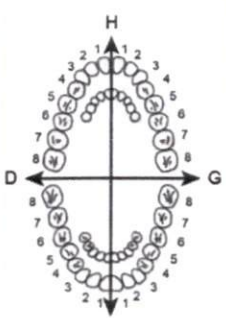
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 traitements 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	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



AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 11.11.22

Rassid Choumaoui 3ans  
38°5  
16

- Douleur Abdominale fébrile
- vomissement bilieux
- Antécédents d'infestation  
et d'antécédents

échographie  
Abdominale

Dr. ROCHD BENMERZOUK  
Pédiatre

Bd. Al Qods, Lot Al Majd  
Imm. A 1<sup>er</sup> Etage N° 4

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

PREFACTURE

## A. Identification

N° Dossier : ATF22K11031253

N° Identifiant : 000743/21

**Nom & Prénom : Enf. RASSID MAHMOUD**

C.I.N :

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-11-2022

Date Sortie :

Médecin traitant : DR . BENMERZOUK ROCHD

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		800,00			800,00
Total Rubrique :						800,00
						1 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						0,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						1 200,00

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél: 05 22 23 18 18 - INPE: 090003690





**AKDITAL**

**Clinique Atfal**  
**مصحة أطفال**

- Scanner Multibarrette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanner • Échographie • Écho Doppler
- Radiologie Standard • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner / IRM Corps Entier / IRM Cardiaque Sur Rdv

**Casablanca , le 11/11/2022**

**PATIENT : RASSID MAHMOUD**

**PRESCRIPTEUR : DR. BENMERZOUK ROCHD**

## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

### **RESULTATS :**

- Météorisme abdominal diffus gênant l'exploration.
- Le foie est de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion focale notable.
- Vésicule biliaire non distendue, à paroi fine et à contenu transonore.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la voie biliaire principale.
- Le tronc porte et les veines hépatiques sont de calibre normal, perméables au doppler couleur.
- Rate de volume normal, de contours réguliers, sans lésion focale décelable.
- Les reins sont de taille et de situation normale, de contours réguliers, bien différenciés, à index cortical conservé, sans anomalie corticale ou dilatation des cavités excrétrices, ni visualisation d'obstacle lithiasique.
- On ne note pas d'épanchement intrapéritonéal.
- Absence d'épaississement digestif significatif.
- Absence d'adénopathie profonde de taille significative.
- Absence de collection intra-péritonéale ou pariétale notable.
- Vessie pleine, à paroi fine et régulière et à contenu transonore.

### **CONCLUSION :**

- **Météorisme abdominal diffus.**
- **Absence d'autre anomalie significative décelable dans les limites de cet examen.**



AKDITAL

Clinique Atfal

مصلحة أطفال

Casablanca, le 11.11.22

Rasmo Rahman

3 ans 8 mos

10/11

12.80

1) Doliprane 300 mg

1 sup x 04/2

31.80

2) Dextrocard 100 mg

23.80

3) Somizolol

autres le felul

23.60

Somme de la commande

Clinique PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél: 0522 23 18 18 - INPE: 190003690

68.20

LOT:  
PER:  
PPV:  
31,00

12.80  
06 81 7 10 30  
06 81 7 10 30  
06 81 7 10 30

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28  
E-mail : atfalclinique@gmail.com  
Site web : www.cliniqueatfal.ma

Dr. ROUHO BENMERZOUK  
Pediatre  
Lot Al Majid  
Ain Chock - Tél: 0522 32 44 63