

## 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

- 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° W21-763478

par  
l'adhérent

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7283 Société : 13 8918

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKKOUCHI Abdelkader

Date de naissance : 31-12-66

Adresse : 63 Rue Abdel HABBET Sd.tl  
ABET HARRAOURA

Tél. : 066379.6554 Total des frais engagés : 1059,05 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amina CHANTANE  
Professeur en Gynécologie Obstétrique.  
26, Rue Michliff-n-Apprt n°5 1er Etage  
Rabat-Agades - Tél. : 05 37 67 91 06

Date de consultation : 28/01/2022

Nom et prénom du malade : BAKKOUCHI Abdelkader

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

Nature de la maladie : Dysfonctionnement

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 : 03/01/22

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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-763478

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
23/09/2022		1	559,70	Dr. Amira CHAHTANI Professeur en Gynécologie Obstétrique Rue Michliff n° 5 1er Etage Tél: 05 37 67 04 04 - Rabat

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Universitaires Dr. Habiba LAALOUY LAMRANI 9, Avenue Ibn Sina - Agdal Tél.: 05 37 67 04 04 - Rabat	23/09/2022	559,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Amira CHAHTANI Professeur en Gynécologie Obstétrique Rue Michliff n° 5 1er Etage Tél: 05 37 67 04 04 - Rabat	23/09/2022		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 :

Veillez 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																			

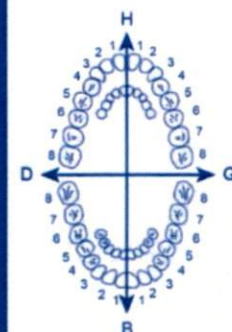
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]

MONTANTS DES SOINS [ ]

DATE DU DEVIS [ ]

DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ECHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE

Nom : Melle BAKKaley Tili IA

D. D. R : .....

Indication : Dysménorrhée

### - Utérus

- Longueur : 63 -  
- Largeur : 39 -  
- Epaisseur : 37 -  
- Endomètre : 8 -

### - Ovaires

- Droit : 30/29 -  
- Gauche : 31/24 -

### - Autres

PAS

### - CONCLUSION :

Aspect échographique normal

Dr. Amina CHAHTANE  
Professeur en Gynécologie Obstétrique.  
26, Rue Michlif - Appt n° 5 1er Étage  
Rabat - Agdal - Tél : 05 37 67 31 06



SAMSUNG

Dr CHAHTANE AMINA

TIs 0.2 MI 0.80 23-09-2022

19:59:31

Utérus  
CVI-8AD  
12.0cm  
36Hz

1 D 2.31 cm  
2 D 3.16 cm  
3 D 2.96 cm  
D 2.81 cm

[2D]

Gén  
Gn 56  
PD 100  
MI 3  
P 90%

SAMSUNG  
HSSD

Ovaire D

Utérus

Ovaire G

Gel

Dist

SAMSUNG

Dr CHAHTANE AMINA

TIs 0.2 MI 0.80 23-09-2022

19:58:46

Utérus  
CVI-8AD  
12.0cm  
36Hz

1 D 6.73 cm  
D 3.76 cm

[2D]

Gén  
Gn 56  
PD 100  
MI 3  
P 90%

SAMSUNG  
HSSD

Utérus

Gel

Dist



**Docteur Amina CHAHTANE**  
**ép. DEHAYNI**

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
de la Faculté de Lille - FRANCE  
Ancien Professeur de CHU de RABAT  
Accouchement - Chirurgie  
Gynécologique Stérilité du Couple (P.M.A)  
Maladies des Seins  
Coelioscopie - Hystéroscopie

**الدكتورة شحاتان أمينة**

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
من كلية الطب بليل بفرنسا  
أستاذة جامعية سابقا  
جراحة الجهاز التناسلي  
العقم - أمراض التدي  
الكشف بالأمواج فوق الصوتية  
التنظير الباطني

Rabat, le .....23/09/2022.....

**Mademoiselle BAKKOUCH TILILA**

5700 X3

LUTENYL

1cp/jour du 10au 25jour des regles x3mois

MANEF

1comprime par jour pendant 1mois

FLOXAM 500

2comprimés x2/jour pendant 10jours.

DAZEN

1CP X3/JOUR X 10JOURS

FUCIDINE pommade

1application x2/jour pendant 10jours

صيدلية الجامعة  
Pharmacie des Universités  
Dr. Habiba LAALOU LAMRANI  
79, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 67 04 04  
INDE : 102056843

**Dr. Amina CHAHTANE**  
Professeur en Gynécologie Obstétrique.  
26, Rue Michlifin - Appt n°5 1er Etage  
Rabat - Agdal - Tél : 05 32 67 21 08