

## 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- 0037112

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5626

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DRIHMI HASSAN

Date de naissance : 18-11-1960

Adresse : HAY YOUSSEF RES MEJDI PAV 3 N=25

Tél. : 06 74 95 62 06 Total des frais engagés : 1350,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : DRIHMI RAVIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA

Le : 18/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : DRIHMI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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




# 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
16/01/23	CS		250 DH	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/01/23	650 + 650	= 900,00 DH
		620 + 6300	
		660 + 610	
		620	
		41,34248	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

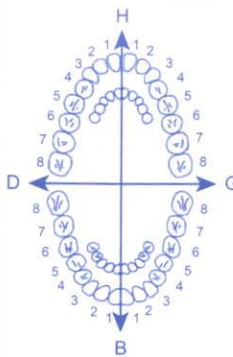
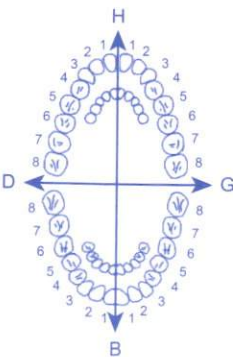
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17/01/2023		RX	Pommes		200

# 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														
				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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad**

- Scanner Multibarrette : Corp entire en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, Energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 17/01/2023

MEDECIN TRAITANT : **DR. LARAKI**

RANIA DRIHMI  
CIN BA 7450

**Image thoracique normale.**

*Confraternellement,*  
**DR. BENNOUNA MED F.**





# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS

Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie

Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI

Facture n° 3AQH4344 Assurance Qualité Paris V

CASABLANCA LE : 17/01/2023

Analyses effectuées le: 17/01/2023

Pour.....: Mlle DRIHMI RANIA BA7450

Sur prescription du: Dr LARAKI MERYEM

Code.....: 4CG6202



Organisme.....:

### Bilan:

GOT GPT AGHBS HVC VDRL TPHA HIV

Cotation : (D 900)

**Montant Net : 900.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**NEUF CENTS Dhs 00 Cts**

**Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad**

- Scanner Multibarrette : Corp entire en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur,Energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 17/01/2023

**FACTURE****N° 212/23****RANIA DRIHMI**

EXAMEN	MONTANT
RX THORAX	200 DHS

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS  
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad  
Angle Bd Brahimi Roudani  
et Rue Jean Jaures, N° 8 - Casa  
Tél. : 05 22 49 00 03

**Adresse :** Angel Bd.Brahim Roudani et Rue jean jaures N°8 Casablanca - **Tél.:** 0522490003**Patente N° :** 35547765 - **I.F. :** 1051982 - **N° d’Affiliation C.N.S.S :** 7494248 **ICE N° :** 001714794000020**Site Web :** [www.radiologiealandalouss.com](http://www.radiologiealandalouss.com)

Doctor LARAKI Meryem

Médico Agregado

Al Consulado General de Espana

67, Bd. Mohammed V

CASABLANCA

Tél. Consulta { 05 22 27 98 60  
05 22 47 12 79

Casablanca, A  
(Marruecos)

16/01/23

DR HMI RANIA

Rx thorax

RADIOLÓGUE AL ANDALOUS  
Dr. BENNDUNA Mohamed Fouad  
Angle Bd Brahim Roudani  
et Rue Jean Jaures, N° 8 - Casa  
Tél. : 05 22 43 00 03

Dr LARAKI MERYEM  
67 Bd Mohammed V  
CASABLANCA

Doctor LARAKI Meryem

Médico Agregado  
Al Consulado General de Espana

67, Bd. Mohammed V  
CASABLANCA

Tél. Consulta { 05 22 27 98 60  
05 22 47 12 79

Casablanca, A  
(Marruecos)

16/01/23

DRIHMI RANJA

- ☒ Sérologie : HIV
- ☒ Sérologie : Syphilis
- ☒ Sérologie : Hépatite B.C
- ☒ Transaminases

Dr LARAKI MERYEM  
67 Bd Mohammed V  
CASABLANCA

