

# 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'Unité  
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

06 61 32 96 69

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0007406**

161122

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10020 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI HACHIM MY HACH

Date de naissance : 06.05.1960

Adresse : Beau Sejour CASA

Tél. : 06 61 32 96 69 Total des frais engagés : 770,00 DHS

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/05/23

Nom et prénom du malade : NADA ALAOUI HACHIM

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

Nature de la maladie : trouble de cycle

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 : 05/05/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/05/23        | G + Fcdo          |                       | 5000                            |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/05/23 | 270,00 DH             |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

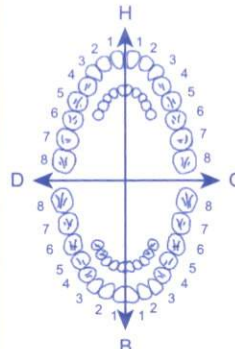
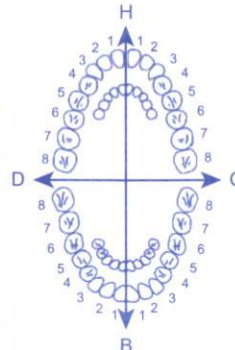
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :

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   | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | 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   |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             | 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

**Docteur Afaf BENJELLOUN**  
Gynécologue - Obstétricien

Diplômée de la faculté de médecine  
de casablanca  
Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris



**الدكتورة عفاف بنجلون**  
اختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 02/05/23 الدار البيضاء في

هـ NADA ALAoui HACHIMI

facture

G 2000H

Fcb 3000H

Total 5000H

Dr AFAT BENJELLOUN  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN  
185, Bd, Zerkouni, Résidence Zerkouni - Appt 2 - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Casablanca - 20330  
Tél. : 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61 - Fax : 05 22 25 77 02 - E-mail : benjellounafaf@yahoo.fr



Docteur Afaf BENJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris



الدكتورة عفاف بنجلون

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 02/05/2008 الدار البيضاء في

2701,00

N de Nak

Aloui  
Hach

proposé

19/5/3

0522 25 18 60 / 0522 25 18 61  
Etagé Apt 2 - Casablanca  
Bd. Zerkouni Rés. Zerkouni  
AFAT BENJELLOUN  
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

PHARMACIE HAY RAJA  
Docteur en Pharmacie  
Hay Raja, Hay Raja Bd. Hay Raja  
Casablanca Tél : 022 86 09 25



JICAMENT

20-Casablanca-Moroc  
ension-Casablanca-Moroc



20330 الدار البيضاء - المعاريف - الطابق الثاني - شقة 2 - إقامة الزرقطوني -  
185, Bd, Zerkouni, Résidence Zerkouni - Apt 2 - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Ca  
Tél. : 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61 - الهاتف - Fax : 05 22 25 77 02 - الفاكس : E-mail : benjellounafa

Patente : 35760632 - IF : 14403174 - ICE : 00165106100003

Docteur Afaf BÉNJELLOUN  
Gynécologue - Obstétricien



الدكتورة عفاف بنجلون  
اختصاصية في أمراض النساء و الولادة

Diplômée de la faculté de médecine  
de casablanca  
Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 02-05-2023 : الدار البيضاء في

N. Nade Aloui Bach

## ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

Utérus de taille et de structure normale

Ligne de vacuité : Vue en Abdo

Endomètre épaissi à 6mm

Ovaires : d'allure

Signature :

