

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
- 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'El
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

M23-011499

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614 Société : Retasite
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 166838
 Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ
 Date de naissance : 06/08/62
 Adresse : 19 Rue EL Banafesj ETG 5 APPT 30 Hay Aska Casa Maroc
 Tél. : 0616881197 Total des frais engagés : 1530 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BOUKRY Jacinda
Dermatologue - Vénérologue
56, Bd. El Joulane Ibn Msick
20450 - Casablanca
INPE (091037087)

Date de consultation : 3 - JUN 2023
 Nom et prénom du malade : MAKHROUB ABDELAZIZ
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatose
 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 : 03 JUN 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] CUEIL

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
3-11-2023	Q2	1	250	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	5/6/23	8 28 2400kvo	1280.00

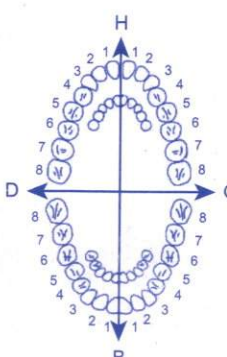
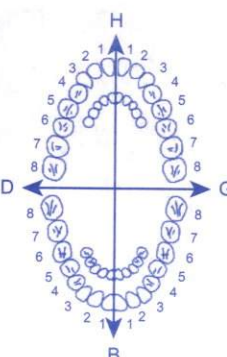
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																																		
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> <td rowspan="9"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 05/06/2023

Mr. MAKHROUB ABDELAZIZ

Rx MAIN GAUCHE F/P :

- Pas d'anomalie ostéo-articulaire.
- Pas de foyer osseux focalisé.
- Minéralisation osseuse normale.
- Pas d'anomalie des parties molles.

ECHOGRAPHIE CERVICALE +
ECHOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS GAUCHE :

- La masse palpée cliniquement au niveau sous auriculaire correspond à une formation oblongue, de structure ovale, enchâssée dans la graisse sous cutanée, bien limitée, d'échostructure hypoéchogène fibrillaire, avasculaire au doppler couleur, mesurée à 23 mm de hauteur et 13,5 mm de diamètre transverse et 3 mm de diamètre antéropostérieur.
- Absence de lésions nodulaires thyroïdiennes significatives, seule est noté à un kyste mediolobaire gauche de 2 mm de diamètre.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Axes vasculaires du cou libre.
- Au niveau de la masse palpée cliniquement au niveau de la face antérieure de l'avant bras gauche correspond à une formation fusiforme oblongue bien limitée, de structure fibrillaire, avasculaire au doppler couleur, mesurée à 24,3 x 24,5 mm en faveur d'un lipome sous cutané

-AU TOTAL :

- **ASPECT ECHOGRAPHIQUE EN FAVEUR D'UN LIPOME SOUS AURICULAIRE DROIT ET DE L'AVANT BRAS GAUCHE.**

Avec mes amicales salutations.

RADIOLOGIE - MA-01
GERRADAN BENYAHIA
Dr BENYAHIA
Tel: 0522 25 74 82
Fax: 0522 23 77 05

Docteur BOUKRY Jaouida
Dermatologue - Vénéréologue
Diplômée de l'Université de Montpellier
Médecine Esthétique
et Chirurgie Dermatologique
Allérgologie Cutanée & Laser

الدكتورة بوكري جويده
إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتناسلية
خريجة جامعة مونبولي
طب التجميل والجراحة الجلدية
الحساسية الجلدية ليزر

Casablanca, le: 3 JUN 2023

M³ MAKHROUB ABDERRAZIZ.

1) Echio papule cer'colo
(petite masse s/s cutanée
cer'colo dte)

2) Echio papule au bras
gauche (Masse
s/s cutanée au bras
gauche)

3) Rx main gauche F.P

Docteur BOUKRY Jaouida
Dermatologue - Vénéréologue
56, Bd. El Joulane Ben M'sik
20450 - Casablanca
Tél: (091037887)

56, شارع الجولان - حي المنصور - الدار البيضاء - ابن مسيك 20450 - الهاتف: 05 22 55 54 76
56, Bd El Joulane - Hay El Mansour - Casablanca - Ben M'sik 20450 : 05 22 55 54 76

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 05/06/2023

FACTURE

Nom & Prénom : **MAKHROUB ABDELAZIZ**

Date d'examen : 05/06/2023

Examen(s)

ECHOGRAPHIE CERVICALE
ECHOGRAPHIE PARTIES MOLLES
MAIN F/P

Montant TOTAL

1280DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DEUX CENTS QUATRE VINGT DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed BAH
Tel : 0522257482
Fax : 0522237705