

## 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° W21-609208

168 ME

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1026 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SERBOUTI EL GHAZOUANI  
 Date de naissance :  
 Adresse : N°1 Rue 2 Lot Attademaoune CHERAM OULFA CASA  
 Tél. : 07 70 28 62 66 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2013  
 Nom et prénom du malade : ouadia Rahma Age: 88

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

Nature de la maladie : Douleur pelvienne

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
06-06-23	C2	5092		INP 891112151
	Edw			

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

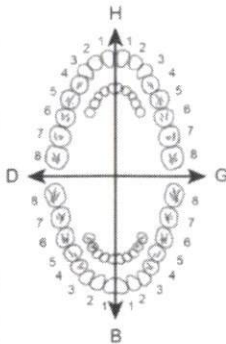
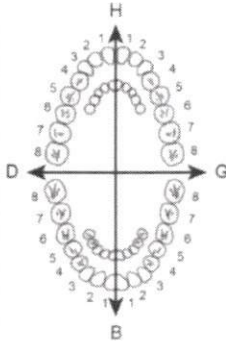
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 traitement 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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	[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

CABINET D'EXPLORATION URO-GYNECOLOGIQUE  
CHIRURGIEN GYNECOLOGUE OBSTERTETRICIEN Dr O.MEKOUAR.

Casablanca le : 06/06/2023

FACTURE

Mme : OUDIA RAHMA

MOTIF : DOULEUR PELVIENNE.

Consultation : 200DH

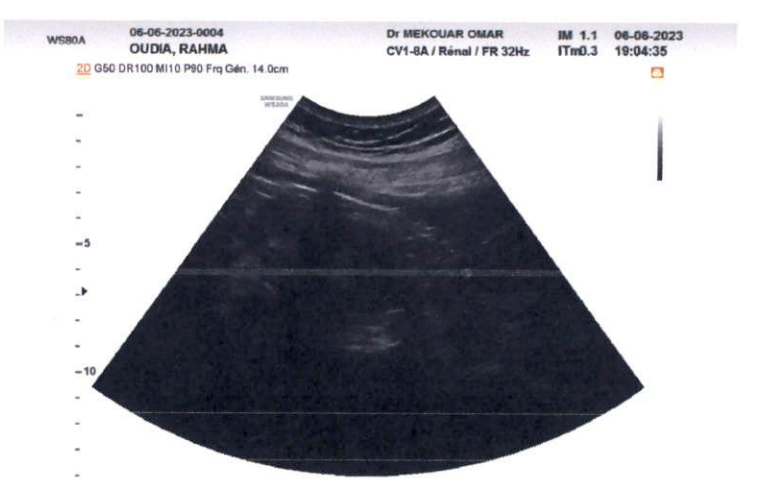
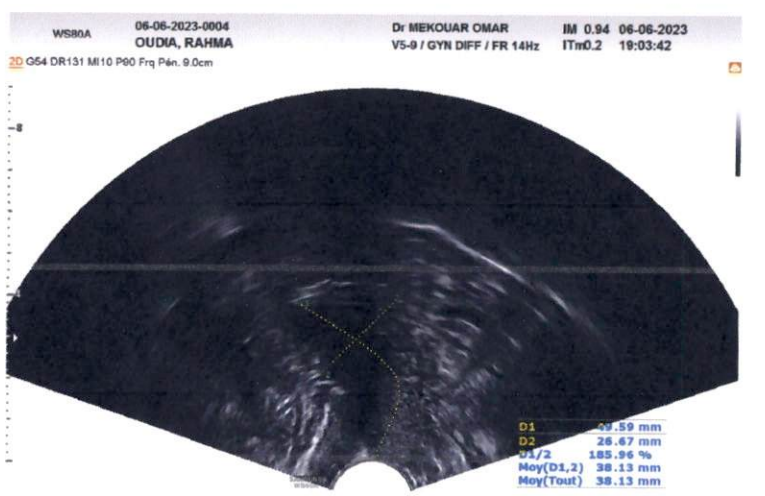
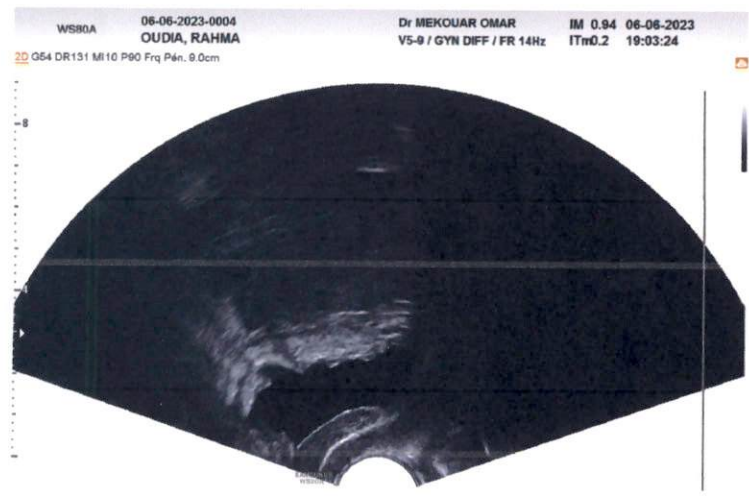
ECHOGRAPHIE : 300 DH

Totale : 500 DH

Signé : O.MEKOUAR.

ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD ABDELMOUMEN,  
RESIDENCE SHEHRAZADE 3. CASABLANCA.  
TEL : 0522.23.55.83 /0522.99.61.48 /FAX : 05.22.25.50.98  
GSM : 0661.34.54.65.

Patient		Examen	
N°	06-06-2023-0004	N° d'accès	
Nom	LOUDIA, RAHMA	Date	06062023
D. naissance		Description	
Sexe	Féminin	Echographiste	DR MEKOUAR





CABINET D'ECHOGRAPHIE DOPPLER

Dr Omar MEKOUAR.

Ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris  
Et de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris V)

Angle rue soumaya et boulevard  
Abdelmoumen, résidence shéhrazade 3  
Casablanca TEL (022) 23.55.83.

Diplômé de médecine fœtale.

Diplôme universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale.

Casablanca le : 06/05/2023

Mme : OUDIA RAHMA

**COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE**  
**GYNECOLOGIQUE.**

Echographe doppler couleur énergie 4D Samsung ELIT WS 80  
Mis en service le 01/01/2017

**INDICATION :**

**Douleur pelvienne**

**RESULTAT :**

- Voie VAGINALE.
- Utérus anté- versé

Longueur du col et du corps : 49mm  
Largeur : 26mm.

Contours : réguliers

Myomètre : hétérogène.  
Endomètre : 7mm

**OVAIRES :**

Ovaire droit : d'aspect normal

Ovaire gauche : d'aspect normal

**CONCLUSION :**

**Echographie normale**

SIGNATAIRE : DR. OMAR MEKOUAR.

Dr Omar MEKOUAR  
Gynécologue  
Tél : 0522 23 55 83 - Fax : 0522 25 50 98