

# 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 à caractère personnel.

M23-0017671

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

134524

8.I  
GAR

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11644

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUTMINE KARIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066120724

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade :



Age :

Lui-même  Conjoint

Lien de parenté :

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 :

Le : ..... / ..... /

Signature de l'adhérent(e) :

#### RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## RELEVE 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

PATIENT ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

**C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSPY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VD** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PC** = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
**K** = Actes de chirurgie et de spécialistes

**SF** = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
**AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste  
**AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
**R-Z** = Electro - Radiologie  
**B** = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
 - PREVENTORIUM  
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons  
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 - L'ORTHOPÉDIE  
 - LA REEDUCATION  
 - LES ACCOUCHEMENTS  
 - LES CURES THERMALES  
 - LA CIRCONCISION  
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 026226

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *GDUMINE KARIMA*

Matricule : *11644* Fonction : *chef d'agence* Poste : *Mess.Sultana*

Adresse : *36 Rue Tifnit Casablanca*

Tél. : *0667 207264* Signature Adhérent : *M*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *DRIEZ Andre* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *17/01/2023*

Nature de la maladie : *transit* *maladie* *asthme*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances *RD suscite*

A : *DRM*, le *17/01/2023*

Durée d'utilisation 3 mois

*M. UGOLAZZANI JOUNAT*  
Professeur Hôpital régional et cachet du médecin  
11, Rue Hafid l'Inkéch Casablanca  
tel. 0522 29 12 24 / 0522 29 12 25

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 026226

Matricule N° : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Montant engagé : \_\_\_\_\_

Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <small>PHARMACIE SARL AU Centre de la Réunion - CrSA 01189088100047</small>	17/05/23	197,90

PHARMACIE DU LYCÉE

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

## (Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Makine OUAZZANI Touhami**

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies  
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)

(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine\_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous  
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

Casablanca, le

17.5.2023

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطو بيريان سابقا)

كوتى - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine\_ouazzani@hotmail.com

بالموعد

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

الدار البيضاء في

enfant Duriez Ambre

Echo Aéomobile

- enfant de 12 mois
- Troubles RDI ++
- Maladie de Frère -

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI  
Professeur Agrégé Pédiatre  
21, Rue Hafid Ibrahim - Casablanca  
Tél: 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

**En cas d'urgence**

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"

545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie

Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

في حالة استعمال

مصحة القلب والأطفال - كليفورنيا -

شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

0522.50.80.80 / 0522.52.55.55 : الهاتف

urgent

Dr. Hakeem Bankersa

**Dr. Makine OUAZZANI Touhami**

Professeur Agrégé de Pédiatrie

**Spécialiste des Maladies  
des Enfants et Nourrissons**

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)  
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine\_ouazzani@hotmail.com

**Sur Rendez-vous  
(Cabinet fermé Jeudi après midi)**

**الدكتور مكين الوزاني تهامي**

**أستاذ مبرز**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
زنقة حافظ إبراهيم (شارطوبيريان سابق)

كوتني - مقابل مركز الشرطة الرئيسية

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

makine\_ouazzani@hotmail.com البريد الإلكتروني:

**بالموعد**

**(العيادة مغلقة عشية الخميس)**

17.05.2023

Casablanca, le .....  
Enfant DURIEZ Ambre

الدار البيضاء في

Age : 12 ans 7 mois

Poids : 45,00 Kg

**30/05/2023 1 TRIMEDAT SIROP**

Prendre 2 cuillères-mesure le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 5 jours.



**40/05/2023 2 NEOFORTAN 40MG COMPRIMES EFF**

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 3 jours.



**96/05/2023 3 PRODEFEN**

Prendre 1 sachet le matin, pendant 5 jours.



**28/05/2023 4 VOGALENE SIROP**

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 3 jours.



Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI



M. M. OUAZZANI  
professeur Agrégé Pédiatrie  
21, Rue Hafid Ibrahim - Casablanca  
Tél: 0522 20 12 94 / 0522 20 36 38

**En cas d'urgence**

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"  
545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie  
Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

في حالة استجابة

مصحة القلب والأطفال - كليفورنيا

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot : 123724  
Date de Fab : 02.2022  
Date de Pér : 01.2024  
PPC : 99 Dhs

**LOT : 2424  
PER : 08-27  
P.P.V : 30 DH 80**



Casablanca le 17/05/2023

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté  
de Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté  
de Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**PATIENT** : DURIEZ ANBRE  
**MEDECIN TRAITANT** : PR. OUAZZANI TOUHAMI MAKINE  
**EXAMEN(S) REALISE(S)** : ECHOGRAPHIE ABDOMINO-  
 PELVIENNE

Fosse iliaque droite libre de toute anomalie, en particulier la jonction iléo-coecale et l'appendice sont d'aspect échographique normal.  
 Pelvis libre de toute anomalie, absence d'épanchement du cul de sac de Douglas  
 notamment.  
 Foie homogène de volume normal avec des contours réguliers.  
 Vésicule biliaire à paroi fine sans image de lithiase ni autre anomalie endoluminale.  
 Voie biliaire principale et veine porte de calibre normal.  
 Reins, rate et pancréas normaux.  
 Absence d'adénopathie profonde.

**Conclusion**

**Echographie abdomino-pelvienne ne révélant pas de stigmate d'appendicite notamment compliquée.**  
**Une corrélation au reste du bilan est indiquée.**  
**A surveiller.**

Confraternellement  
**DR BENKIRANE H.**  
 INPE : 091023531

- IRM Haut champ
  - Scanner Spiralé Multi-barettes
  - Imagerie Cardio-Vasculaire
  - Radiologie Générale Numérique
  - Mammographie/Tomosynthèse
  - Echographie-Doppler Couleur
  - Echo-Doppler 3D, 4D
  - Echographie Morphologique
  - Cone Beam
  - Panoramique Dentaire Numérique
  - Denta-scanner
  - Téléradiologie 4 mètres Numérique
  - Ostéo-densitométrie Biphotonique
  - Radiologie Interventionnelle
- N/B. Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC, utilisez le lien :**
- <http://105.159.250.200:8088/images>  
 Login : AK502479  
 Mot de Passe : AK236346



Nom & prénom : DURIEZ ANBRE

FACTURE N° : 23/009896

Date : 17/05/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne	600,00
<u>Total Montant</u>	
	600,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

SIX CENT DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 17/05/2023

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

*Radiologie Aboumadi  
27 Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 27  
Tél: 0522.20.34.57  
Fax: 0522.47.40.09  
Gautier Casablanca  
R  
1000*

Radiologie Aboumadi : S.A.R.L au Capital de 740.000,00 DH - 27 Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20060 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com  
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064