

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 persos à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Moham
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - F



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0017671

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11644 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CAUTINE KARIMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 0661207264 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

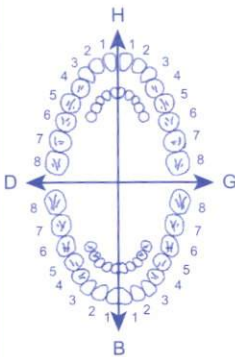
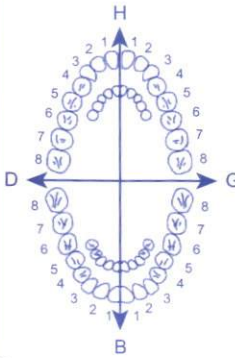
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>

____ PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

____ VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> <p>35533411 11433553</p> </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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)
CNPSY = 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 couvrant 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 remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES 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'ORTHOPEDIE
- 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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
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 : Goumine KARIMA
Matricule : 11664 Fonction : chef d'agence Poste : Mass Sultan
Adresse : 36 Rue Tikhrit C.P. Casablanca
Tél : 0667 207264 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Durrat Andre Age [] [] [] [] [] []
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : 17 of 2023
Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances [Signature]
A [Signature] le 17 of 2023
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. M. OUAZZANI Idrissi
Professeur Agrégé Pédiatrie
11, Rue Hafid Idrissi
Tél. 0522 20 12 84 / 12 85

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 026226

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
17/05/23	C38		197,90	Dr. M. OUAZZANI - Dentiste Professeur Agrégé Pédiatre 21, rue Hafid Ibrahim - Casa Tél: 0522 20 36 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU LYCEE 21, rue Hafid Ibrahim - Casa Tél: 0522 20 36 38	17/05/23	197,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DU LYCEE 21, rue Hafid Ibrahim - Casa Tél: 0522 20 36 38	17/05/23	XG	600,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>																		
				Montant des Soins <input type="text"/>																		
				Debut d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	D 00000000		G 00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H		H																			
	25533412		21433552																			
	D 00000000		G 00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B		B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Soins <input type="text"/>																		
				Date du devis <input type="text"/>																		
				Date de l'exécution <input type="text"/>																		

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)

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
21، زنفة حافظ إبراهيم (شاطوبريان سابقا)

كوتي - (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)

Casablanca, le 17.5.2023 في الدار البيضاء

enfant DURIEZ Ambre

Echo Abdominale

- enfant de 12 ans
- Douleur PID ++
- hct et Fene -

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

Dr. M. OUAZZANI
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Cas
Tél: 0522.20.12.94 / 0522.29.89.49

في حالة استعجال

مصحة القلب و الأطفال - كليفورنيا

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

urfeut

Da Holkeine (Bunkerone

Dr. Makine OUZZANI 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 تهايمي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطوبريان سابقا)
كوتتي - (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)

17.05.2023

Casablanca, le

Enfant DURIEZ Anbre

الدار البيضاء في

Age : 12 ans 7 mois

Poids : 45.00 Kg

3080 1 TRIMEDAT SIROP

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

4000 2 NEOFORTAN 40MG COMPRIMES EFF

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

9900 3 PRODEFEN

Prendre 1 sachet le matin, pendant 5 jours.

28,10 4 VOGALENE SIROP

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

Pr Makine OUZZANI TOUHAMI



PHARMACIE DU LYCEE
092022060

I. M. OUZZANI TOUHAMI
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Cas.
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 استعجال

مصلحة 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 :

Date de Fab :

Date de Pér :

PPC : 99 Dhs

123724

02.2022

01.2024

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 lithiasse 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 stigmata
d'appendicite notamment compliquée.
Une corrélation au reste du bilan est indiquée.
A surveiller.***

Confraternellement
DR BENKIRANE H.
INPE : 091023531

• IRM Haut champ
• Scanner Spirale 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

NB : 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
<hr/>	
Total Montant	
600,00	

RADIOLOGIE Abou Madi
27 Rue Ily Abou Madi
Appel N° : 0522 20 34 58 / 0522 20 34 58
Tél : 0522 20 34 58 / 0522 20 34 58
Fax : 0522 20 34 58 / 0522 20 34 58

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