

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0032426

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8095 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAYARH RACHID A87525
Date de naissance : 14/04/1962
Adresse : Lot 5/12 Rue Hassan N°7 Hay Hassa
Tél. : 0661083525 Total des frais engagés : 673,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nouzha FIGUIGUI
Gynécologue - Accoucheur
Tél : 05 22 30 47 63 / 06 97 90 71 46

Date de consultation : 14 DEC 2023
Nom et prénom du malade : SAYARH Salma Age : 20
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : affection gynécologique
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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 14/12/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14 DEC 2023 | K30 | | 4000 | Dr. Nouzha FIGUEROA Gynécologue - Accoucheur Tél: 05 22 60 47 63 / 06 97 90 71 46 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie SOPHIA Mme. Benabou Bd. Ibrahim el-Sine - CASA Tél: 022 66 01 54 | 14/12/23 | 273,60 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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

Docteur NEZHA FIGUIGUI

Ep. ZEMMOURI

SPECIALISTE

Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Gynécologique

Accouchement - Stérilité

Echographie

Sur rendez-vous

الدكتورة نزهة الفكيكي

الزموري

اختصاصية

أمراض النساء و الولادة

الجراحة النسوية

الولادة - العقم

الفحص بالجهاز الصوتي

بالموعد

Casablanca, le : 14.12.23 في الدار البيضاء

7¹¹ p. SA-IRH Salma.

ECHO - UODH.

Echographie.

Dr. Nouzha FIGUIGUI

Gynécologue - Accoucheur

Tel : 05 22 30 47 63 / 06 97 90 71 46

134, Rue Attabari, 5^e étage (à côté de Ghandi Mall) Maârif - Casablanca
الهاتف : 05 22 30 47 63 / 06 97 90 71 46

Echographie pelvienne

Indication :

Utérus en situation *ant. vers.*, de forme et de dimensions *normal*,
de contours *réguliers*, d'échostructure *homogène*
Cavité *vide*
L'endomètre est d'épaisseur *normal*

Annexes :

Les ovaires sont de taille et de structure
Ovaire gauche :
Ovaire droit :
..... de masse pelvienne suspecte

Le cul de sac de Douglas est *libre* d'épanchement liquidien.

Conclusion :

Dr. Nouzha FIGUIGUI
Gynécologue - Accoucheur
Tél : 05 22 30 47 63 / 06 97 90 71 46

Docteur NEZHA FIGUIGUI

Ep. ZEMMOURI

SPECIALISTE

Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Gynécologique

Accouchement - Stérilité

Echographie

Sur rendez-vous

الدكتورة نزهة الفكيكي
الزموري

اختصاصية

أمراض النساء و الولادة

الجراحة النسوية

الولادة - العقم

الفحص بالجهاز الصوتي

بالموعد

Casablanca, le : في: الدار البيضاء

14-12-2023

N. SAYA RH

Solme

reçu n° 123456789

.V. : 100,00 DH
Bayer S.A.



Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim p. Slogou
214, Bd. Ibnou Sina - SASS
Tél : 022 26 01 24

100100
Jasmine

1 pill le pri

20 j de répt

Femipach

1 pach si Dnté

Dolifen 600

1 cp si Dnté

ي، الطابق 5 (أمام غاندي مول)، المعاريف - الدار البيضاء

134, Rue Attabari, 5è étage (à côté de Ghandi Mall) N. FIGUIGUI Casablanca

Tél : 05 22 30 47 63 / 06 97 90 71 46 : الهاتف

FIGUIGUI
N. FIGUIGUI
PER 29DH13
PER 06/29
LOT M2010

Abu. I° Enzol 20mg

LOT: 4572
PER: 05/26
PPV: 144DH50

gel / j
A cuhan injectable

Dr. Nouzha FIGUIGUI
Gynécologue - Accoucheur
Tél: 05 22 30 47 63 / 06 97 90 71 46

273,60

صيدلية بسوفيا
Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim Sp. Sloru
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél: 022 36 01 74



SAYARH SALMA
41112-23-12-14-2

AB 2-7/OB
12.0cm / 36Hz

MI 1.3
Tis 0.3

Dr FIGUIGUI NEZHA

14.12.2023 14:51:45 PM

Routine
Har-Moy.
Puiss. 100 Q
Gn -1
C8 / M5
P4 / E2



SAYARH SALMA
41112-23-12-14-2

AB 2-7/OB
12.0cm / 36Hz

MI 1.3
Tis 0.3

Dr FIGUIGUI NEZHA

14.12.2023 14:51:12 PM

Routine
Har-Moy.
Puiss. 100 Q
Gn -1
C8 / M5
P4 / E2

