

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

**S :** 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° P19-0034598

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09265 Société : MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. EJJABRI Nouha

Date de naissance : 18/05/1960

Adresse : N° 66 Rue GHAZZA HAY WAFIK BERR

Tél. : 0645735956 Total des frais engagés : 353,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EJJABRI Nouha Age :

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

Nature de la maladie : Consultation - Ophthalmologie

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 : BERRERCHIA Le : 27/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Médecine Générale  
Bd de la Liberté TISSIR I  
BERRERCHIA - Tél : 05 22 92 52 87



# 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
25/7/20	C	1	150	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN SI...	25/7/20	B40	53,60
Mohammed...	25/7/20	2M	150,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

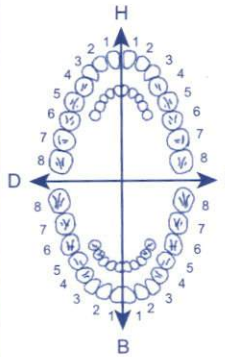
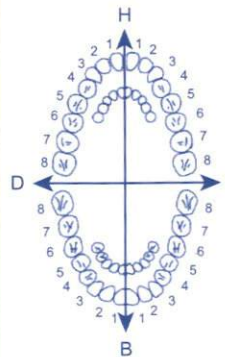
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<div>CENTRE 36-39-2000 Tél 1 56 22</div>						

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dôcteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid ( Près des Taxis Jakma )

Tél : C : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التسير 1

برشيد - (قرب طاكسيات جقمة)

الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom :

EJJABRI

Prénom :

NOUHAILA

Berrechid :

25-7re

examen copro  
parasite des selles

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
6 Bd de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid - Tél : 05 22 32 52 87

Dr. Abdelhak MECHAL  
Medicine Générale  
6 Bd de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid - Tél : 05 22 32 52 87



Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid (Près des Taxis Jakma)

Tél : C : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبدالحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التيسير 1

برشيد - (قرب طاكسيات جكمة)

الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom :

EJJABRI

Prénom :

NOUHAILA

Berrechid :

25-720

Rx photo. palm. face

S

CENTRE DE RADIOLOGIE BERRECHID  
Dr. Abdelhak MECHAL  
36-38, Rue Tassir, 13108 08 35 12 61  
Tél : 05 22 32 33 69 13 108 08 35 12 61

Dr. Abdelhak MECHAL  
Médecin Généraliste  
6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid - 3638  
Tél : 05 22 32 33 69 13 108 08 35 12 61



# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAOU**

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GÉNÉRALE — MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PÉDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU ( FRANCE )

Berrechid, le : .....



**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي  
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)  
طبيب سابقا بالمستشفيات  
الجامعية بمونبولي

برشيد، في :

25 JUL. 2020

**Facture D016/2020**

**Je soussigné certifié avoir réalisé un examen**

**Examen Pratiqué : poumon face**

**Nom et Prénom : EJJABRI NOUHAILA**

**Pour la somme 150.00DH**

**Cent cinquante dirhams**

**Signé : DR. A.AZZAOU**

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAOU**

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

**SPECIALISTE**

RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU ( FRANCE )

Berrechid, le : .....



**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابقا بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في :

**Nom et Prénom : EJABRI NOUHAILA**

**Examen Pratiq   : Rx Poumon Face**

**Médecin demandeur : Dr.**

25 JUIN 2020

Duplicate

*Cher confrère*

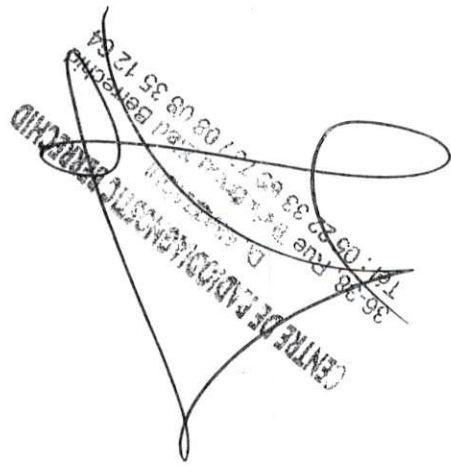
**Merci de la confiance que vous nous témoignez**

### **COMPTE RENDU :**

- ❖ Silhouette cardio médiastinale de dimensions et de morphologie normales.
- ❖ Accentuation de la trame broncho vasculaire
- ❖ Pas d'image lésionnelle pleuro parenchymateuse en foyer d'aspect évolutif décelable.

### **Conclusion**

Radiographie pulmonaire sans anomalie décelable



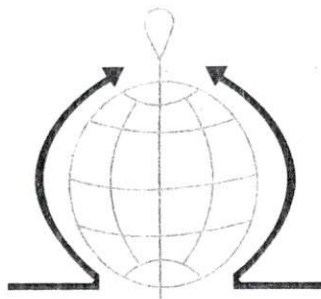
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002



Berrechid le : 25/07/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 27/07/2020

Mlle EJJABRI Nouhaila

IB 51909 B

RF: 250720016

**PARASITOLOGIE**

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES (1 er Jour)**

**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Couleur..... Brunâtre  
Consistance..... Pâteux  
Glaire..... Absence  
Sang..... Absence

**EXAMEN MICROSCOPIQUE**

Leucocytes..... Absents  
Hématies..... Absence

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE**

Examen direct.....Négatif

Examen après coloration.... Négatif

Examen après concentration.. Négatif

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES IBN SINA  
DR. EJJABRI NOUHAILA  
Tél : 05 22 33 66 43

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BÉRRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

***FACTURE : 71579***

**IB 51909 B**

**Nom et Prénom : Mlle EJJABRI Nouhaila**

**Prescripteur :**

**Référence : 250720 016**

**Date : 25/07/2020**

**BILAN :**

KOP1 B 40 +

**MONTANT NET : 53,60 Dhs Soit 40 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Cinquante trois Dh et soixante cts*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd Mohammed V, BÉRRECHID  
Tel 05 22 33 66 43



