

**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.

Educations :
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

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° P19- 065216
42183

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : *10808* Société : *RAM*
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**
Nom & Prénom : *EL GUERRAAT NABILA*
Date de naissance : *13-12-1975*
Adresse : *4 Rue LAUSAN Sahin Hay SALAM*
Tél. : *0662538227* Total des frais engagés : *698,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin



Dr. MAJID BENJEL LOUN
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
Ancien Capital Centre 213 r. Mohammed VI - Casablanca
Au Digne 10000 Casablanca
Tél. 05 22 00 30 31 Urgence 06 61 00 30 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : *17/SEPT 2020*

Nom et prénom du malade : *ELGUERGANI NABILA* Age : *25*

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

Nature de la maladie : *Affection gynécologique*

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) : _____

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 SEP 2020	EHE		300,00	
	Ca		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/20	198,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

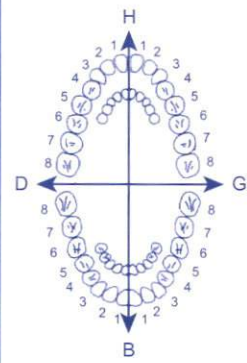
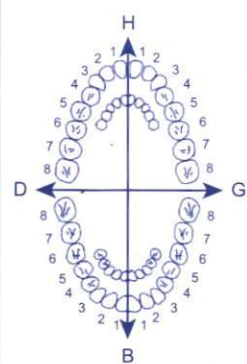
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

Diplôme en procréation
médicale assistée (PMA)
PARIS

Diplôme en chirurgie
coelioscopique
de l'Université Victor
Segaien - Bordeaux

Ex Médecin
Chef de la maternité
de l'Hôpital Hassan II

Ancien Spécialiste
Attaché à la maternité
Universitaire
Souissi - Rabat

Accouchement
Chirurgie gynécologique
et mammaire

Infertilité du couple

Cancérologie

Maladie du sein

Ménopause

Infection Sexuellement

Transmissible (IST)

Echographie

Dr Majid BÉNJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien

Casablanca, le

Nom et Prénom :

Mr GVERGARI

MARI'LA.

PHARMACIE MASJID C.I.L.

Dr Sofya Aboumerouane

N°22 Boulevard du Stade

Huy 06 39 88 73

1 No CAND 200

30/12 sup. un jour son 2 par

Avec 1 pi 1/2 jour

30/12 par 3se.

Cytra pevaryl - 150 mg

30/12 1/2 sachet à la fin - x3j

Fungilyse 1%

crème dermique 50 g

Nom et signature du prescripteur :

138/12

NOCAND® 200 mg

Fluconazole

7 gélules



6 118000 041375

FUNGILYSE® 1%

crème dermique 50 g

6 118000 031451

Gyno Pevaryl 150 mg

3 ovules



6 118000 012023

Anoual Sème étage N°24 au dessus de CARREFOUR - CASABLANCA

رقم 213 مداخل و 416 مداخل A زاوية شارع عبد

et.benjelloun@gmail.com / benjelloun.majid@yahoo.fr

e/Facebook

DR. BENJELLOUN Majid

293, BD ABDELMOUMEN IMM MORJANA
3eme ETG N1
Téléphone: 0522 86 30 87
Fax: 0522 86 30 87
Site internet: benjelloun.majid@yahoo.fr



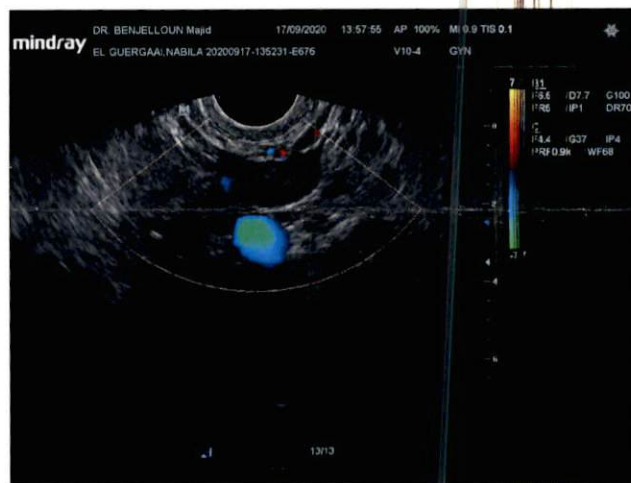
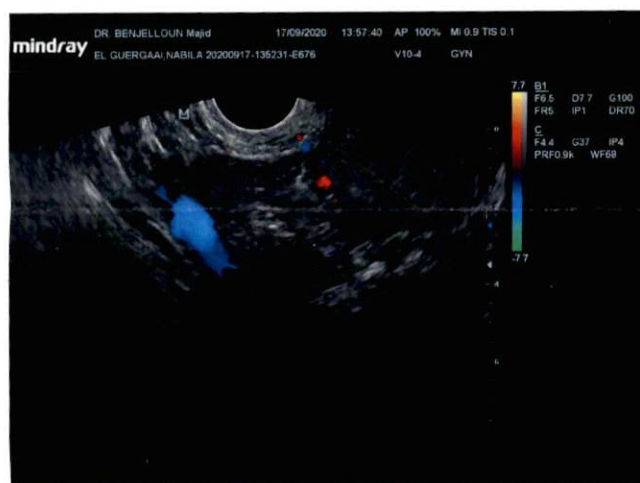
Nom: EL GUERGAAI, NABILA
ID: 20200917-135231-E676
DOB: 13/12/1975 Age: 44 Ans
Sexe: Féminin

GYN

Date examen: 17/09/2020
Equipement utilisé: Mindray DC-7
Opérateur: Emergency

Gynecology Ultrasound Report

Image ultrason



Annotation:

Ventre - pm fine
pas de kyste ni de tumeur
Anatomie pm normale
Doppler normal

Dr. Majid BENJELLOUN
Gynécologue - Obstétricien
Capitol Center 213 entre C et 415 entre A
Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual Elg 5
N° 22 au Dessus de Carrefour Casablanca
Tel: 0522 86 30 87

Signature . (sceau):

Date Signed: