

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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° W19-548003

ND: 42450

CHA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5090

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABDELALE SAMIA

Date de naissance :

06/05/1961

Adresse :

199 Bd BIR ANZARANE RES
EL WAIHA 3078 APT 10

Tél. :

066194110

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ABDELALE SAMIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Parent

Nature de la maladie :

Mehung

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 :

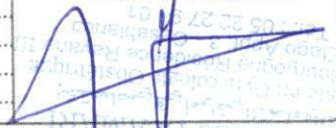
Le :

21/09/2020

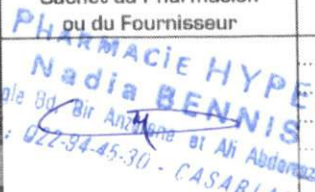
Signature de l'adhérent(e) :

SAMIA

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
21/09/2020	Consultation	1	40000	INP : 0912018117 
20/09/2020	Lib. pub.	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2020	433,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

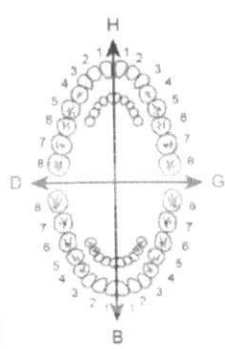
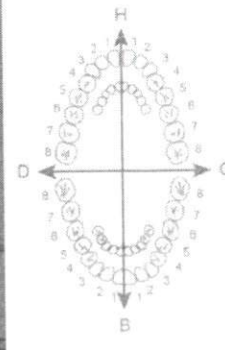
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

					COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
	Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<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		MONTANTS DES SOINS	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Said EL AMARI

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Stérilité du Couple - Colposcopie - Hystérocopie

Echographie Doppler Couleur

الدكتور سعيد العماري

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض و جراحة الثدي

العقم - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى و الألوان

Date : 21 SEPT 2020

ABDELLALI SAMIA

46.70x2 - pinch 1/2

24 x 21; 7 pins

161. x 20;

97.00 - AINARA Gc

161 x 21; 7 pins

161 x 21; 7 pins

161 x 21; 7 pins

004
2023-02
97,00 DHS

97,00

Lot: PPC:

Facturé par : Laboratoires LUNA,
Rue Avogadro, Technopole Sud - 5780.
Résidence CASAI 1;
EMB 7
N° lot:
Réimpression:
N° du cert
DA20200402055 DMF/2024
FMM66 0323
LOT 99,00
Prix 99,00
FMM66 0323
2023-
10510 E.
KOMOS-
ance - L.

48,20

INSTITUTE

PER: FEV 2023
PPV: 99 DH 00

LOT: M20052
EXP: FEV 2023
PPV: 45,50 DH

decin

45.50 - balaf 207
14x3/ gr ey



99.00 - Manaf 3
14/ 6 for



T: 433.90

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS

Angle 09, Bir Anzarena et Ali Abderrazak
Tel: 022-94-45-30 - CASABLANCA

Signature
Said ELAMANI
Régisseur
Ministère de l'Économie et du Développement
Région de Casablanca
Boite Postale 3 - Casablanca
Tel: 155 11 11 11

Docteur Saïd ELAMARI

Spécialiste En Gynécologie Obstétrique

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

Maladie et Chirurgie du sein

Stérité du Couple - Coloscopie - Hystérocopie

Echographie Doppler Couleur

الدكتور سعيد العماري

إختصاصي في أمراض النساء والتوليد

جراحة أمراض النساء - أمراض وجراحة الثدي

العقم - الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى والألوان

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE

NOM :

ABDELALI

PRENOM :

SAMIA

21/09/2020

MME ABDELALI SAMIA

ECHOGRAPHIE PELVIENNE SOUS-PUBIENNE

-Vessie de contours réguliers

- Uterus retroverse de taille et d
echostructure

- Ovaires GH atrophique

_Ovaire DT ko de 2.10 cm d allure
fonctionnel

_Myometre NL

_LV en place 13.9 mm

CONCLUSION

KYSTE OVARIEN DT FONCTIONEL



DR ELAMARI SAID
21/09/20 12:36:21

ABDELALI SAMIA
21/09/20 12:35:42

M.D. 32 TH. D.B. EBC

Uter

U
L (cm) 10.0 (50%)
L (cm) 7.0
L (cm) 1.4
L (cm) 1.0
L (cm) 0.0 (0%)
L (cm) 0.0
L (cm) 0.0
L (cm) 0.0
L (cm) 0.0



Endo 2.10 cm
Endo 0.60 cm