

# 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058692

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13052 Société : RAM 48337

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKARI Elham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058692

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| S   | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| PSY | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| N   | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| D   | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| D   | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| D   | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| C   | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
|     | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
|     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
successifs comportant un ou plusieurs échelonnements  
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

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 032875

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEKKARI Othmane  
Matricule : 13052 Fonction : Directeur Poste : 156  
Adresse : 2441  
Tél. : 2441 Signature Adhérent : [Signature]


### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEKKARI Othmane Age : 23  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 23 NOV. 2020  
Nature de la maladie : Toux sèche  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A CASA le 25.09.2020  
Durée d'utilisation 3 mois






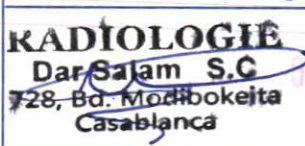
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/09/2020	C		200,00 dh	 Dr. Laila El Hachimi Médecine Générale, Echographie N° 11199 7, RDC Rue Mohammed VI, Thami Mezola Casablanca Tél.: 05 22 93 31 72

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL ANASSER Centre Commercial Laimoun II CASABLANCA Tél: 05 22 99 48 14	25/09/2020	165,60 dh

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGIE Dar Salam S.C 728, Bd. Modibo Keita Casablanca	25-09-2020	IDM THORACIQUE	1500,00

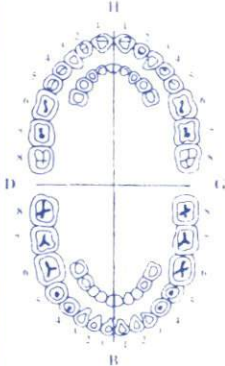
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلي بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le : 25/09/20 : الدار البيضاء في

74,70

- A2id 500

1 c/t

(S.V)

BEKARI  
Othmane

59,50

Enroues snuf

1 can x 3/5

(S.V)

dans le mois suivant  
re. LOT 055592/FC13  
10/2022 PPC 59,50

26,40

- Adorez Collyre

(S.V)

PPV: 79DH70

PER: 94/23

LOT: J1037

165,60  
1 gte x 3/5

PHARMACIE DES SCIENCES  
Centre Commercial Laimoun II  
CASABLANCA  
Tél : 022.99.48.14

Dr. Laila BENNOUNA  
Médecine Gie. Echographie  
Nutrition - Obésité  
7, Rue Mazola - Casablanca - Tél.: 0522 93 31 77

26,40

7. الطابق السفلي. زنقة 11. مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca-Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053



Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلي بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le :

25/09/2020

BEKKARI  
O Thamine

Scanner  
Thoracique

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
Bd. Mohibokelta  
728 Casablanca

Dr. Laila BENNOUNA  
Médecine Générale, Échographie  
Nutrition  
7, RDC Rue 11 My. Thami Mazola  
Casablanca - Tél.: 05 22 98 31 72

7. الطابق السفلي. زنقة 11. مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casablanca, le 25/09/2020

Patient : BEKKARI OTHMANE

## SCANNER THORACIQUE

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique sans injection de PDC.  
Fenêtres médiastinales et parenchymateuses.

### RESULTAT :

Transparence normale des parenchymes pulmonaires, sans anomalie architecturale ni lésion focale.  
Pas de foyer de condensation visible.  
Absence de bronchectasie ou de bulle d'emphysème.  
Absence d'épanchement pleural ou péricardique.  
Aspect normal du médiastin sans adénomégalie notable.  
Vaisseaux médiastinaux de calibre normal.

### CONCLUSION :

Scanner thoracique ne révélant pas d'anomalie particulière.

BM

Cordialement,  
Pr ESSODEGUI

**RADIOLOGIE**  
**Dar Salam S.C**  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء

05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

## FACTURE

Casablanca, le 25/09/2020

Facture N° 6025/2020

NOM PATIENT : BEKKARI OTHMANE

DATE FACTURE : 25/09/2020

EXAMENS	MONTANT
TDM THORACIQUE: Fait le 25/09/2020	mille cinq cents (1500 DH)
COMPTE RENDU : BEKKARI OTHMANE	
ATTACHEE A LA FACTURE	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE CINQ CENTS

REGLEMENT : CHEQUE N° 3928

**RADIOLOGIE**  
**Dar Salam S.C**  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء

05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079