

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Prothétique :

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

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

Nº P19- 058692

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13052 Société : RAM 48337

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : B. ELKARIM

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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
S = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
= Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

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令人 confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM
JOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes seuls comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas 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.

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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 : BEKKAT Ri OTHMANE

Matricule : 13059 Fonction : Directeur Poste

Adresse :

Tél. : 2441 Signature Adhérent : 2004163004180 DHS

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom : BEKKAT OTHMANE du patient : Age : 55

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 23 NOV. 2020

Nature de la maladie : tons Sèche

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casab le 25.09.2020 Durée d'utilisation 3 mois



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/09/06 | c | | 200 X 1 = 200 | Jr. launay Echographie Médecine Gén. Nutrition 7 Rue de la Maitre Thami Mzoula Casablanca Tél.: 05 22 93 31 72 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------------|-----------------------|
| <i>HAKIM AL JAZER SCIENCES entre Commercial Laimoun II CASABLANCA 99-99-99-48-14</i> | <i>25/9/2020</i> | <i>165,60 dh</i> |

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 | 1.DM THORACIQUE | 1500,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليل بونوة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بالآلات متخصصة

7A,70

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

- A 2nd 500

59,50 T 4915

Emrares Snel

1 can x 3/5

26,40

Alores Collyre

165,60 1 flte x 3/5



R.EKKARI
Othmane



Dr. Laila BENNOUNA
Médecine Générale, Echographie
7, Rue 11, Casablanca - Tel.: 0522.93.31.72

26,40

PHARMACIE DES SCIENCES
Centre Commercial Laimoun II
CASABLANCA
Tél : 022.99.48.14

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 ليل بونوة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بالات متخصصة

Casablanca le :

25/09/2020

الدار البيضاء في

RÉKKALI
O Thame

Scanner
Thoracique

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C.
728, Bd. Modiboketa
Casablanca

Dr. Laila BENNOUNA
Médecine Gén. Echographie
Nutrition
7, RDC Rue 11 My. Tâmi Mazola
Casablanca - Tel.: 05 22 93 51 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 médiastinale 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 : Acquisition volumique sans injection de PDC.

Cordialement,
Pr ESSODEGUI

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

Urgences 24/24

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبوكينا - الدار البيضاء
© 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma
Téléphone d'urgence : ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADILOGIE 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: | mille cinq cents (1500 DH) |
| | |

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 الدار البيضاء
① 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079