

# 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 et/ou affection longue durée doit être signée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

# Déclaration de Maladie

N° W19-487513

49869 cours

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 0903

Société :

Actif  Pensionné  Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés :

06 71 70 13 92

05 37 77 52 24

1209,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 des données personnelles

Fait à : 05/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/10/2020

J.A.



Age: 63 ans

Enfant

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
10/01/2023	Consultation	1	30	DR. NACIRI Médecin généraliste N° de C.R.I : 1234567890 Date de naissance : 01/01/1980

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AZ-ZAHRA Bensouda Mohammed CENTRE MEDICAL Oussama Oued Al Roman, Hay Al Inbia F. 31.225.37.80 71 00 TÉL. 0525 245 37 80 E-mail : az-zahra@az-zahra.dz</i>	1/10/20	409,30 DH

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. BENYOUNGBI DR. SBIATI DR. DEBBACHE DR. BENEY DR. DEBBACHE</i>	10/10/2020	<i>gril costal Echo A3d pulm.</i>	<i>800.00 DHS</i>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
			INP : <input type="text"/>													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
B		35533411	11433553													
G																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

DATE: / / 2020

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

المملكة العربية  
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي ابن سينا  
Centre Hospitalier Ibn Sina

Centre Hospitalier Ibn Sina

المعهد الوطني للأنكروجيا  
سيدي محمد بن عبد الله

Institut National d'Oncologie,  
Sidi Mohamed Ben Abdellah,

Mme Ghazouli Ghizlane

68,60

1) Heparat = 1 cp

جعب  
de 68,60 DH  
int 02/02/2023  
W051023

96,70  
2) Relpax 40mg : 1 cp lor. 1 boîte  
de la crise.

59,30  
3) Borexin eff =

جوب من 15 غ  
59,30  
39,70

39,70  
4) Fucidine 2% crème = 1 pp

GlaxoSmithKline  
Ain El Aou  
Région de R  
PPV : 40,00  
ID : 644046  
Barcode : 6 118000 16 01

40,00  
5) Dermovalgel : 1a

6) Panalogic : 1 CP a la  
de la crise

-Pharmacie AZ ZAHRA  
Dr. Bensouda Mohammed  
Oussame  
Bie. Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
Sala - Tel/Fax : 05 37 80 71 00

409,30  
x 03 mois

LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15,00

15,00

LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15,00

15,00

LOT 190093 1  
EXP 01 2022  
PPV 15,00

15,00

LOT 190093 1  
EXP 01 2022  
PPV 15,00

15,00

LOT 190093 1  
EXP 01 2022  
PPV 15,00

15,00

# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal  
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07  
**Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976**  
**ICE 001615064000010**  
**Rabat - Agdal**

## F A C T U R E

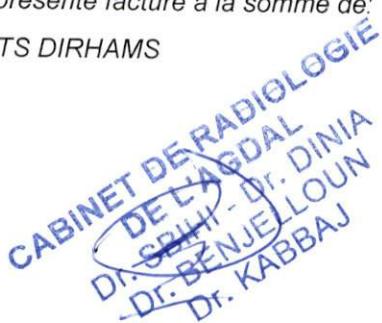
Numero:J/00266  
Rabat 06/10/2020

Nom patient	Date examens
BENHADDOUCH Ghizlane née GHAZOL	06/10/2020

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
ECHO ABDOMINO-PELVienne	600,00
GRIL COSTAL	200,00
<b>TOTAL</b>	<b>800,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAMS



Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ



Boycourt du Maroc  
Ministère de la Santé

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي ابن سينا  
Centre Hospitalier Ibn Sina



Etablissement : Institut National d'Oncologie

Date : 01/10/2020

Service : Oncologie médicale

Lieu d'execution : RADIOLOGIE (ECHOGRAPHIE)



IPP: 10957520799941

Ordonnance: 38488/20-RAD\_ECHO



## Ordonnance Médicale N°: 38488/20-RAD\_ECHO

IPP : 10957520799941

Nom et prénom patient : GHAZOULI GDOUDOU-GHIZLANE

Date de naissance : 07/02/1957

Genre : F

Prise en charge : PAYANT

### -Echographie Abdomino- Pelvienne

Patient opéré p \_\_\_\_\_  
Actuellement sous surveillance

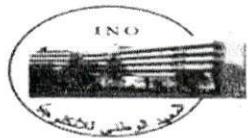
CABINET DE RADIOLOGIE  
DE LA SOAL  
Dr. SBIHI - Dr. DINIA  
Dr. BENELLOUN  
Dr. KABBAS

Dr. NACIRI  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
Institut National d'Oncologie  
INPE  
Signature et cachet du médecin  
NACIRI Sarah  
1202349

# CABINET DE RADIOLOGIE

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr A  
Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBACHE

Rabat, le 07/01/2020



Date : 01/10/2020

Lieu d'exécution : STANDARD



Identifiant : 38488/20-STANDARD

STANDARD

## ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PÉLVIQUE

Renseignements cliniques : Mélancolie  
Examen

### Etage abdominal :

- Le foie, de volume normal et sans déhors d'un kyste biliaire de 1 cm.
- La vésicule biliaire, à paroi normale et sans lithiasique.
- Les voies biliaires intra-hépatiques et extra-hépatiques.
- Le tronc porte et les veines spléniques.
- Le pancréas, d'épaisseur normale.
- La rate est de volume normal.
- Les reins, de taille et de structure normales.
- Les rejets sont bien visualisés avec bonne différenciation cortico-médullaire.
- Absence d'épanchement péitoneal.
- Absence d'adénopathie de la chaîne iliaque.

### Etage pelvien :

- L'utérus mesure 53 x 40 x 35 mm. Il est le siège d'une calcification ovarienne.
- La ligne de vacuité utérine est visible.
- Les ovaires sont atrophiques.
- Absence de masse latéro-pelvienne.

**AU TOTAL :** Absence de lésions

Dr. NACIRI  
Spécialiste en Oncologie  
Institut National d'Oncologie  
et Cachexie  
IPÉ ACIRI Sara  
SARAH  
349

# **CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL**

**Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA**

**Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leila SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI**

Rabat, le 06/10/2020

Mme BENHADDOUCH Ghizlane née GHAZOULI (née le 07/02/1957)

Examen demandé par : -

## **GRIL COSTAL DE FACE**

Renseignements cliniques : *Mélanome traité en 2003.*

*Examen de contrôle.*

- Absence de lésion costale ou claviculaire.
- Les culs-de-sac costodiaphragmatiques sont libres.
- La silhouette cardiaque est de volume et contours normaux.
- Absence de foyer parenchymateux systématisé, de signes de spécificité ou de troubles de ventilation pulmonaires.

**AU TOTAL :** *Image thoracique normale.*

*CABINET DE RADIOLOGIE  
Dr. SBIHI - Dr. DINIA  
Dr. BENJELLOUN - Dr. KABBAJ*

A.D/M.N



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 11.11.2000.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

Gazouli Gdoudou Glizlane

Présente

Melanome

Nécessitant un traitement d'une durée de:

sous surveillance

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com