

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 canaux, 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 canaux.

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



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

N° W19-585573

N° D° -

50831

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

RHAZOUANI MOHAMMED EL MAHFOUD

Date de naissance :

07-10-1954

Adresse :

RESID ANDALOUSIA ITN 83 APT 8 BD ANOUAL
CASA BLANCA

Tél. :

0661462619

Total des frais engagés :

600,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/11/2020

Nom et prénom du malade :

RHAZOUANI MOHAMMED EL MAHFOUD

Age : 66ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Digestive

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA

Le : 09 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
09/11/20			250,00	INP: 35912487
			250,00	
			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	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"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

Gastro-Entérologue

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie, Vésicule, Pancréas, Estomac, Intestins,
Hémorroïdes

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Ex. Gastro Entérologue au CHU Avicenne Rabat
et à l'Hopital Ben Msik Sidi Othmane - Casa



الدكتورة سعاد بنعبدالله الأزرق

إختصاصية في :

أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء

وبمستشفى السويسي بالرباط

Casablanca, le : _____ : الدار البيضاء في

09/11/2020

FACTURE

Acte pratiqué en faveur de **Mr RHAZOUANI Med El Mahfoud**

Unité	DESIGNATION	COEFFICIENT	PRIX
1	ECHOGRAPHIE H.B ET ABDOMINALE	K30	350,00 DH
TOTAL			350,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

(TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS.)

* PATENTE N° : 35712487

Dr BENABDALLAH Souad
gastro-entérologue
30, Rue du Marché, Maârif
Casablanca
Tél: 05.22.25.88.62 / Fax: 05.22.98.90.12

Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage - Maârif - Casablanca - (en Face Galerie Benomar)

إقامة بن سعيد, 30 زقة المارشى - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (امام مركز بن عمر)

Tél : 05.22.25.88.62 / 05.22.98.90.12 - Fax : 05.22.98.90.12

Dr Souad BENABDALLAH ép LAZRAK

Gastro-Entérologue

Spécialiste

des maladies de l'appareil digestif

(Foie, Vésicule, Pancréas, Estomac, Intestins, hémorroïdes)

Endoscopie digestive

(Fibroscopie, Rectoscopie, Colonoscopie)

Echographie abdominale

Ex Gastro-Entérologue Au CHU Avicenne. Rabat

Et à l'Hôpital Ben M'sik Sidi Othmane. Casa

الدكتورة سعاد بنعبد الله الأزرق اختصاصية في

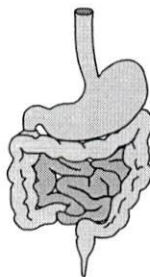
أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي
بمستشفى بنمسيك سيدي عثمان بالدار البيضاء
و بمستشفى السويسي بالرباط



Casablanca le 09/11/2020

NOM & PRÉNOM	: Mr RHAZOUANI Med El Mahfoud
SIGNES FONCTIONNELS	: Epigastralgies + Coliques hépatiques
EXAMEN RADIOLOGIQUE	: ECHOGRAPHIE H.B ET ABDOMINALE.

COMPTE-RENDU-ECHOGRAPHIQUE

FOIE : De taille normale, d'échostructure homogène, de contours réguliers.

VESICULE BILIAIRE : Grosse vésicule remplie de boue, sa paroi est légèrement épaissie.

T.P : Mesure 9 mm de diamètre.

V.B.P & V.B.I.H : De calibre normal, non dilatées.

V.B.E.H : De calibre normal, non dilatées.

LES DEUX REINS : De taille normale, bien différenciés, ne présentant pas de dilatations pyélo-calicielle, ni de calculs échographiquement visibles.

PANCREAS & RATE : De taille normale, d'échostructure homogène de contours réguliers

VESSIE : De bonne Capacité, ne contenant pas de Calculs

- Présence de gaz dans le colon.

CONCLUSION: -Vésicule de sludg.

Dr BENABDALLAH Souad
gastro-entérologue
30, Rue du marché 2ème étage - Maârif - Casablanca
Tél: 05.22.25.88.62 / Fax: 05.22.98.90.12

Résidence Bensaïd 30, Rue du marché 2ème étage - Maârif - Casablanca - (en face de la Galerie Benomar)

إقامة بن سعيد، 30 زنقة المارشي، الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (أمام مركز بن عمر)

①: 0522.25.88.62 / 0522.98.90.12 FAX : 0522.98.90.12

