

## 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 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

- Reclamation : 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° W19-513095

*MD = 19909*

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12716* Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : *BENJANI F ZAHRI*

Date de naissance : *27/01/74*

Adresse : *33 Larat Luban - Quartier Pinaux - N°19 Extension - Casablanca*

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. EL KHADIME Amina**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Résidence Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir  
SC B 1er Etage N° 20 Maarif Extension  
Tél : 05 22 99 67 74 - Casablanca  
Urgence : 06 62 74 77 73

Date de consultation : *08 01 20*

Nom et prénom du malade : .....

Age : .....

Lien de parenté : .....

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *Pathologie chronique*

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) : .....

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le paiement des actes
08/01/20		1	25000	Dr. EL KHADIME Amine Gynécologue - Obstétricienne Résidence Al Mawid 2 - Rue Ibnou Kalitane SC B 1er Etage N° 20-Madinet Extension Tél : 05 22 89 67 74 - Casablanca Tél : 05 22 89 67 74 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur	Date	Montant de la Facture
	08/01/20	289,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/01/20		250,0000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
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 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		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"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie  
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
خريجة كلية الطب  
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le: 08/01/20

- Chirurgie  
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

M = BENMANI

F - 7

PV

LABORATOIRE DU MAGHREB  
DR. SEKKAL Nabil  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
2, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 99 67 74 - 05 22 99 67 73

Dr. EL KHADIME Amina  
Gynécologue - Obstétricienne  
05 22 99 67 74 - 05 22 99 67 73  
Rue Ibn Mawlid 2 - 1er étage N°20 - Casablanca

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73





مختبر المغرب للتحليلات الطبية والعلمية  
**LABORATOIRE DU MAGHREB**  
**D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES**

283, Bd. Zerktouni - 21000 Casablanca - Tél. : 05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31 - Téléfax : 05 22 39 51 47

**Dr SEKKAL NABIL**

PHARMACIEN BIOLOGISTE  
DIPLOME D'ETUDES SPECIALES  
DE PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE  
IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE  
EX. : ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS  
CHEF DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE CNSS

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

BENNANI FATIMA ZAHRA

Prise en charge N°

Prescripteur

EL KHADIM

**FACTURE N°** 4446

**Facturé le :** 08/01/2020

**Analyses :**

PRÉLEVEMENT VAGINAL

B 90

ANTIBIOGRAMME

B 60

**Total analyses :** 250,00 Dh

**Prélèvements :**

Specu

K 3

**Total Prélèvements :** 0,00 Dh

**Total <<B>>**

150

**Soit un montant total :**

250,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE DU MAGHREB  
Dr SEKKAL Nabil  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
283, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél. : 39 51 00 / 39 51 31