

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

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.

## 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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008764

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	429	Société :	57594
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Ben Abdellah BEN HAYOUNE TOURIA</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	11/11/2019
Nom et prénom du malade :	<i>Ben Abdellah BEN HAYOUNE TOURIA</i>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 N° M20-08764

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).

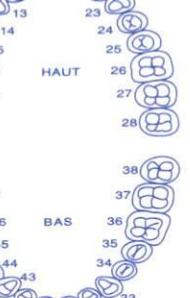
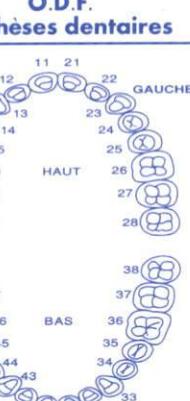
Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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											
				<input type="text"/>											
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>											
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 0 10px;">H</td> <td style="width: 30%; text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">35533411</td> <td></td> <td style="border-top: 1px solid black;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	H	G	25533412		21433552	00000000		00000000	35533411		11433553	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
D	H	G													
25533412		21433552													
00000000		00000000													
35533411		11433553													
				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>											
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>											
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	<b>P 14 /0015425</b>	 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0015425

**DATE DE DEPOT**

1 / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Touria Bouchayane</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>79</u>		Date <u>30.11.2020</u> <u>21/12/2020</u> Date 1ère visite
Nature de la maladie <u>hypertension - 19</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <u>1 CS. 5</u> <u>unital</u> <u>4 Ural</u>	Nbre de Coefficient <u>C1</u> <u>6</u>	Montant détaillé des honoraires	<i>Signature et du docteur ecin Zouz</i>
		<u>100 DH</u> <u>6</u>	
PHARMACIE	Date <u>02.12.20</u>		<i>Signature et cachet du pharmacie</i>
Montant de la facture <u>247,30</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>30.11.20</u> <u>02/12/20</u>	<i>Signature et cachet du laboratoire radiologie</i>
Désignation des Coefficients <u>BS00A P2</u> <u>T.D.1.1 Proctique</u>	Montant détaillé des Honoraires <u>600 DH</u> <u>+ 1.300,00 DT</u>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	<i>Signature et cachet du laboratoire radiologie</i>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# Dr JAMAL MORSI BARAKAT

- Diabétologie: D.U de Montpellier
- Echographie Générale C.U de Paris
- Médecin Assermentation
- Ex. Médecin au Service
- D'anesthésie - Réanimation (CHU Ibn Rochd)

# الدكتور جمال مرسى بركات

- امراض السكري : دبلوم جامعي من منبولي
- الشخص بالصدى الصوتي: شهادة جامعية من باريس
- طبيب ملحف
- طبيب سابق بقسم الانعاش
- والمستعجلات الجراحية
- (المستشفى الجامعي ابن رشد )

مراكش في : 02/12/2020 Marrakech le :

ICE: 001711005000085

م. بالعيادة - م. ح

29,70  
x2

A fixe ص 11/12/2020 11/12/2020



A cercler

11/12/2020



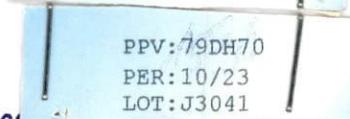
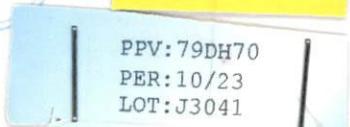
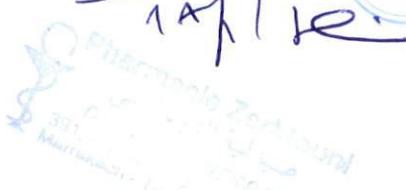
15,70  
x2

Reprise de l'us (23)

1-1



56,30  
D une v. no  
✓ 247,30



06 61 24 21 37 ش 460 (امام مسجد المسيرة) - مراكش. المحمول

Massira 1 ID Résidence OMARI 460 N° 12 (en face mosquée el massira) Marrakech- Gsm: 06 61 24 21 37

4 ampoules buvables

# D-CURE® AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI

Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/ 21/NNP.



**Composition:**

Cholécalciférol 25 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mise en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بوعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

**A conserver :**

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.
- Hors de la portée des enfants.
- يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الضوء و في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة.
- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

## 4 أمبولات للشرب

# د-كير® أمبولات

كولي كالسيفiroل 25 000 وحدة دولية

فيتامين D3



Ergo Maroc

Solution huileuse buvable  
 محلول زيتى للشرب

# Cabinet ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

Docteur LALAMI Bouchra

## Spécialiste des Maladies du Poumon

## Appareil Respiratoire, Tuberculose

## Maladies Allergique (Asthme)

## Syndrome d'apnées du sommeil

#### Diplômée de Pneumologie à la Faculté

## de Médecine de Reims (France)

Diplômée d'Allergologie à Reims

Plômée d'Allergologie Professionnelle à Paris

الدكتورة العلمي بشرى

## ال اختصاصية في الصد

العنوان التفصي (دائع العالى)

هر سسی (۲۰۰۰م)

## أمراض الحساسية (الصيفه)

## أمراض التنفس أثناء النوم

## دبلوم في الجهاز التفسيري

## دبلوم في أمراض الحساسية

بكلية رانس (فرنسا)

طبعة سابقة بالمستشفى الجامعي (انج)

31-12-2020

Berlayosree Traina

NFS

122

→ dimères

Dr BAAJET, 34 CHERAI  
Pneumologue et Allergologue  
Diplômé de la Faculté de Reims  
55 Bd Zerktouni, quartier Marrakech  
Tel 05 24 43 22 20

Dr Béchir ~~Cherai~~ 34. CHERAI  
Pneumologue Allergologue  
Diplômé de la Faculté de Reims  
55 Bd Zerktouni Casablanca Marrakech  
Tel 05 24 43 22 20

**Dr JAMAL MORSI BARAKAT**

- Diabétologie: D.U de Montpellier
- Echographie Générale C.U de Paris
- Médecin Assermenté
- Ex. Médecin au Service
- D'anesthésie - Réanimation (CHU Ibn Rochd)

**الدكتور جمال مرسى بركات**

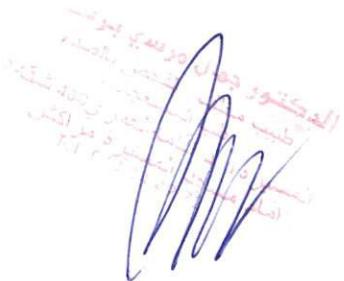
- امراض السكري : دبلوم جامعي من منبولي
- الفحص بالصدى الصوتي: شهادة جامعية من باريس
- طبيب ملحق
- طبيب سابق بقسم الانعاش
- والمستعجلات الجراحية
- ( المستشفى الجامعي ابن رشد )

مراكش في : 08/12/2025  
Marrakech le : 08/12/2025

ICE: 001771005000085

Dr. Benhajne Fouad

Dr. Benhajne Fouad



المسيرة 1 اد اقامة العمري 460 ش 12 (امام مسجد المسيرة) - مراكش- المحول  
Massira 1 ID Résidence OMARI 460 N° 12 (en face mosquée el massira) Marrakech- Gsm: 06 61 24 21 37

CENTRE DE RADIOLOGIE  
**ESSALAM**



مركز التشخيص الطبي بالأشعة  
**السalam**

21/01/2021

**FACTURE N° : 49/2021**

NOM ET PRENOM :

BENHAYOUNE TOURIA

REF. DOSSIER :

505/2021

EXAMENS :

TDM THORACIQUE

DATE CONSULT :

02/12/2020

TOTAL PAYE :

1 300,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**MILLE TROIS CENT DH**

ICE:001971852000095 RC:87705 IF:25208263 CNSS:5882180

*CENTRE DE RADIOLOGIE  
ESSALAM SARL  
Route de Casa, Lot Yasmine  
Marrakech*



**Dr Ghita SEBTI**  
Médecin Spécialiste en Radiologie

**الدكتورة غيثة السبتي**  
اختصاصية في التشخيص بالأشعة

Marrakech, le : 02/12/2020

Nom et Prénom : **BENHAYOUNE TOURIA**  
Age : 79 ans

### TDM THORACIQUE

#### TECHNIQUE D'EXAMEN :

Acquisition hélicoïdale par coupes millimétriques **sans** injection de contraste iodé.

#### RESULTAT :

- Multiples opacités en verre dépoli bilatérales de distribution centrales et périphériques prédominantes au niveau des segments postérieurs.
- L'étendue de l'atteinte est estimé à 10% du parenchyme pulmonaire.
- Adénomégalies médiastinale ovalaires, à hiles conservés visibles au niveau de la loge de Barety siège d'une calcification (11 mm de petit axe), la fenêtre inter aortico pulmonaire et en sous carinaire.
- Adénomégalies axillaires bilatérales de taille infra centimétriques.
- Dilatation de la crosse de l'aorte mesurant 32 mm de diamètre, siège de calcification pariétales.
- Dilatation des cavités ventriculaires.
- Absence d'épanchement pleuropéricardique.
- **Sur les fenêtres osseuses** : Absence de lésion osseuse d'allure suspecte.

#### CONCLUSION :

Aspect scannographique en faveur d'une pneumopathie virale type Covid 19 avec une atteinte minime estimée à 10 %, vu le contexte épidémiologique, à confronter au reste du bilan.

Cardiomégalie.



Merci de votre confiance.