

## 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

- 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 - 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° W19-578519

68526

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9405

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENZNAD OTHMANE

Date de naissance :

22/01/1971

Adresse :

N°18 RES. NADIR Q. WIAM ALFA AIN

Tél. :

0661236383

Total des frais engagés :

500,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. PRATIC Fatima  
GASTROENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE  
N°3, 1er Etage, Imm. Amal Aziz  
Av. Hassan 1er, Massira - AGADIR  
Tél: 06 89 11 72 78

Date de consultation :

25/04/2021

Nom et prénom du malade :

Ben Hadda Hassan

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Vesicule biliaire multipolypaire

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 :

CASABLANCA

Le :

23 04 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578519

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 :

9405

Nom de l'adhérent(e) :

BENZNAD

Total des frais engagés :

500,00

Date de dépôt :

23/04/21



# 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
25-01-2021	451		500 dh	<p>INP : 0412143352</p> <p>Dr. PRANCIER</p> <p>ASTROENTÉROLOGIE ET GASTRO-ENTÉROLOGIE</p> <p>N°3, 1<sup>er</sup> Étage, Imm. Amal, Agadir</p> <p>Av. Hassan 1<sup>er</sup>, Massira - AGADIR</p> <p>Tél: 06 49 11 72 78</p>

## 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	

### VOLET ADHERENT

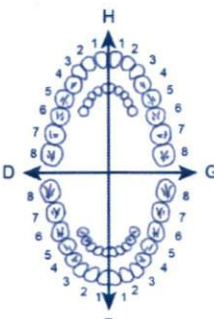
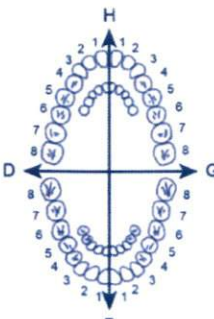
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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 Fatima PRATIC**

SPECIALISTE  
EN HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marrakech et Lille (France)

- Maladies de l'appareil digestif  
(Oesophage, Estomac,  
Pancréas et Intestin)
- Maladies du Foie et des Voies biliaires
- Proctologie
- Fibroscopie Gastrique
- Rectoscopie, Colonoscopie
- Echographie Abdominale



**الدكتورة فاطمة بركات**

اختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

خريجة كلية الطب بمراكش و ليل (فرنسا)

- أمراض الجهاز الهضمي (البلعوم، المعدة  
البنكرياس، الأمعاء، القولون)
- أمراض الكبد و المرارة
- أمراض المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار للمعدة
- الفحص بالمنظار للقولون و المخرج
- الفحص بالصدى

Agadir le :

## Note d'honoraire

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

**Nom : Ben hadda**

**Prénom : hasna**

**Date : 25 /01/2021**

**Motif : consultation +échographie  
abdominal**

**Somme : 200+300 =500.00 dirhams**

**Total =cinq cents Dirhams**

**Dr. PRATIC Fatima**  
GASTROENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE  
N°3, 1<sup>er</sup> Étage Imm. Amal Anzi  
v. Hassan 1<sup>er</sup>, Massira - AGADIR  
Tél: 06 89 11 72 78

03 . شارع الحسن الأول - الطابق الأول عمارة أمل أنزي (قرب مختبر المغاري) المسيرة - أكادير

03, Avenue Hassan I - 1<sup>er</sup> étage Imm Amal Anzi (à côté du Laboratoire Elmgari) Elmassira AGADIR

Fix : 05 28 82 48 51 - Gsm : 06 89 11 72 78 - Email : praticfatima@gmail.com



# Dr Fatima PRATIC

SPECIALISTE  
EN HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marrakech et Lille (France)

- Maladies de l'appareil digestif  
(Oesophage, Estomac,  
Pancréas et Intestin)
- Maladies du Foie et des Voies biliaires
- Proctologie
- Fibroscopie Gastrique
- Rectoscopie, Colonoscopie
- Echographie Abdominale



## الدكتورة فاطمة بركات

اختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

خريجة كلية الطب بمراكش و ليل (فرنسا)

- أمراض الجهاز الهضمي (البلعوم، المعدة  
البنكرياس، الأمعاء، القولون)
- أمراض الكبد و المرارة
- أمراض المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار للمعدة
- الفحص بالمنظار للقولون و المخرج
- الفحص بالصدى

Agadir le : 25/07/2021

Nom & Prénom : Hobna Ben Hadda

Metosporonyl

1 gel x 3/j si douleur

Dr PRATIC Fatima  
Médecin spécialiste  
Gastroentérologie et hépatologie

Endoscopie digestive et proctologie  
N° 3, 1er étage, immeuble Amal Anzi, avenue Hassan 1er  
Massira, Agadir - Tél : 06 89 11 72 78

03. شارع الحسن الأول - الطابق الأول عمارة أمل أنزي (قرب مختبر المغاري) المسيرة - أكادير

03, Avenue Hassan I - 1<sup>er</sup> étage Imm Amal Anzi (à côté du Laboratoire Elmghari) Elmassira AGADIR

Fix : 05 28 82 48 51 - Gsm : 06 89 11 72 78 - Email : praticfatima@gmail.com



DR PRATIC FATIMA

Administrateur

Téléphone

Fax

### Informations sur le patient

Id:	20210125155412				
Nom:	HASNA BEN HADDA			Date exam.:	25/01/2021
Age:		Sexe:	F	Date de naissance:	
Dr référant:		Dr pratiquant:		Opérateur:	Admin
Indications:					
Commentaire:					

### Mesures



**Conclusion**

FOIE DE TAILLE NORMALE, DE CONTOURS REGULIERS ET D'ECHOSTRUCTURE HOMOGENE.  
VESICULE BILIAIRE NON DISTENDUE, A PAROI FINE, MULTILITHIASIQUE.  
PAS DE DILATATION DES VOIES BILIAIRES.  
TRONC PORTE DE CALIBRE NORMALE, PERMEABLE.  
PANCREAS DE TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALE.  
REINS ET RATE SANS ANOMALIES.  
PAS D'EPANCHEMENT PERITONEAL.  
AEROCOLIE DIFFUSE.

**Signature**

Dr référant:		Opérateur:	
--------------	--	------------	--

Dr. PRATIC Fatima  
GASTROENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE  
N°3, 1<sup>er</sup> Etage, Imm. AmlAnzi  
Av. Hassan 1<sup>er</sup>, Massira - AGADIR  
Tél: 06 89 11 72 78