

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-599080

82651

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	3831	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Boujeanine Hamane Kérik Benayada		
Date de naissance : 30/11/70		
Adresse : Cr Rue Béniot Benmouna 6te sidi Yahya		
Tél. : 0666/23353	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	Dr Latifa BOUAZZI Médecine Générale 44 Bd. El Mourabitine Casablanca Tel: 05 36 70 48 92	
Date de consultation :	12/10/2013	Age : 20/11/70
Nom et prénom du malade : Benayada fatima		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Affecté médical	
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° W19-599080

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

#### **RELEVE 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
19/08/2016	Cat K no		250DH	INP INPE: 081034563 DR Latifa BOUAZZA Médecine Générale 44 Bd. El Mouradi de Oujda Tél: 05 36 00 48 92

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

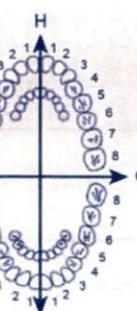
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H  D  B	21433552 00000000 00000000 11433553	G  B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Latifa BOUAZZA**

Echographie Gyneco-Obstetricale  
Echographie Generale  
Maladies du Sein

الدكتورة لطيفة بوعزة

إيكوغرافيا، أمراض النساء والحوامل  
إيكوغرافيا الطب العام  
أمراض الثدي

Oujda , le 19/08/2021 وحدة في ....

Mme Benyadla Fatoune

1) Magne plus  
1cp/j le soir pqt 1 mois

2) Ristone  
1mpx2/j pqt 15j

*DR Latifa BOUAZZA  
Médecine Générale  
44 Bd. El Mourabitine Oujda  
Tél: 05 36 70 48 92*

44، شارع المرابطين - وجدة - الهاتف : 06 61 08 66 77 - 05 36 70 48 92  
44, Rue Al Mourabitine ) OUJDA - Tél. : 05 36 70 48 92 - 06 61 08 66 77  
Email : latifabouazza@gmail.com

**Dr Latifa BOUAZZA**

Echographie Gyneco-Obstetricale  
Echographie Generale  
Maladies du Sein

الدكتورة لطيفة بوعززة

إيكوغرافيا، أمراض النساء والحوامل  
إيكوغرافيا الطب العام  
أمراض الثدي

Oujda , le 12/08/2021 وجدة، في

Reçu de N° BENAYADA  
Fatima le somme de  
250 Dh  
pour echographie mammaire



# Echographie mammaire

## mammaire de dépistage

→ Sein droit

Sein d'échostructure I, présence au n°  
de la Q SI et E d'une formation anéchogène  
arrondie, contour bien limité mesurant de gros  
axe 2cm.

→ Sein gauche

Sein d'échostructure I, présence d'une  
formation arrondie, hétérogène, contour bien  
limité mesurant de gros axe 2,5cm, ceci  
au n° de Q II, palpable à l'examen clinique.

Conclusion: présence d'une formation anéchogène au n°  
de la Q SI et E du sein droit, et d'une formation hétérogène  
au n° de Q II du sein gauche, à interférer avec  
les données d'une échographie mammaire spécialisée  
et à compléter par une mammographie.

Dr Latifa BOUAZIZ  
Générale  
Médecine  
44 Bd. El Mourabitine 90090  
Tél: 05 36 70 48 92