

# 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

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° M21- 042562

84703

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : RATI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jihane Ballonli

Date de naissance : 18/10/98

Adresse :

Tél. : 06 66 908 922 Total des frais engagés : 800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Laila CHEBARI MIKOU  
Gynécologue - Obstétricienne  
250, Bd. Abdelmoumen Imc. A  
Abraj Elagej Art. N° 14 - Casablanca  
3ème Etage  
Tél : 05 22 20 45 45  
Email : dr.laila123@gmail.com

Date de consultation : 18/08/21

Nom et prénom du malade : Jihane Ballonli Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : 17 SEP 2021

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 Médecin attestant le R. des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--


18.08.21	Co. F. Folles		300	 <b>Dr. Laila CHEBARRI</b> ep. M. M. D. Gynécologue - Obstétricienne 250, Bd. Abdelmoumen Alg. Algérie Alg. 160000 - Tél. N° 05 22 22 14 24 Email : dr.laila.chebbari@gmail.com
	E. Dug		300	

## 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
---	------	------------------------------	------------------------

 <b>Centre de F. F. F. Spécialisée Casablanca</b> <b>CAS - PATH</b> 6, Rue des Hôpitaux - Résidence du père 1er Etage N° 1 - Casablanca Tél : 05 22 22 14 46 • Fax : 05 22 22 14 24	18/08/21	40	300 DA
---	----------	----	--------

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

--	--	--	--	--	--	--

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

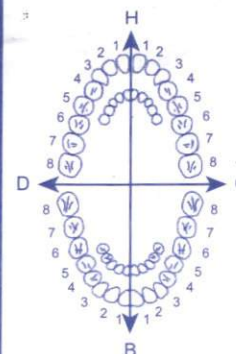
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

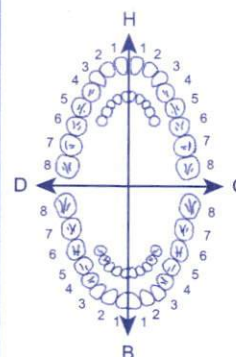
FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Amal BENKIRANE**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA**

**CASAPATH**

**Dr. Lamia JABRI**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO CYTOPATHOLOGIQUE**

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Sexe :

Date de prélèvement :

18 AOUT 2021

Renseignements cliniques et paracliniques :

nullipare  
conjoint avec Condylome  
et inflammatoire saignant au  
contact / peu de dépistage.

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure :

☐ Oui

☐ Non

Réf :

FCV :

☐ Vagin

☒ Exocol

☐ Endocol :

Date des dernières règles :

Thérapeutique antérieure ou en cours :





## CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

### FACTURE

REF : 21/6463

Casablanca, le 18/08/2021

Date de facturation	18 / 08 / 2021
Médecin traitant	Dr. CHEBARBI LAILA
Patient	BELLEMLIH JIHANE - 080024
Demande	<b>C10818259 - 18/08/2021</b>

#### Liste des examens

FROTTIS

<b>A Payer</b>	300,00	Dhs
<b>coefficient-P</b>	273,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
CASAPATH  
6, Rue des Hôpitaux Résidence du parc  
1er Etage N° 1 - Casablanca  
TEL: 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 14 24

**Dr. Laila CHEBARBI ep. MIKOU**  
**GYNECOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE**

Suivi de grossesse - Accouchement - Stérilité  
Maladies des Seins et chirurgie gynécologique  
Echographie - Endoscopie

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien médecin interne au CHU Ibn Rochd  
Ex chef de service de l'hôpital Med. Sekkat



**الدكتورة ليلي الشبربي ميكو**

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

مراقبة الحمل - التوليد

عقم الزوجين - أمراض الثدي

جراحة أمراض النساء - الفحص بالصدى و المنظار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيسة مصلحة سابقا بمستشفى محمد السقاط

Casablanca, le :

18.08.21

MME BELLEMLIH JIHANE

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

Vessie pleine, à paroi fine  
Utérus de taille normal

Ligne de vacuité fine.  
Endomètre normal

Annexes ovaires droit et gauche multufolluculaire  
Cul de sac de douglas libre;

**CONCLUSION**

Echographie pelvienne normale.



250. شارع عبد المومن، إقامة أبراج عبد المومن، الطابق الثالث، شقة 14 - الدار البيضاء

250, Bd. Abdelmoumen, Résidence Abraj Abdelmoumen

Imm A, 3ème étage appart N° 14 - Casablanca

Tél.: 05 22 25 25 01 - GSM : 06 61 63 34 60 - E-mail : drchebarbi123@gmail.com

## Patient

N°  
Nom  
D. naissance  
Sexe

18082021-235054  
BELKEMIH, JIHANE

## Exam

N° d'accès  
Dte exam.  
Description  
Opérateur

18-08-2021

