

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

- 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° W21-686518

137738

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4976 Société : R.A.M.

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : HAFID Abdelhak

Date de naissance : 11/06/1964

Adresse : El Goulfa - Casablanca

Tél. : 0664162459 Total des frais engagés : 1218,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ **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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

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
09/11/22		2	300 000	INPE: 101 102 11 INP : <input type="text"/> Dr. BENAZOUZ Mustapha Professeur en Hépatogastroentérologie 25, Allée Abdelhak N°4, Hassan - R
		2	300 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية حي الوفاء</p> <p>PHARMACIE HAY EL WIAF</p> <p>BOULEVARD SEBOU OUEFA</p> <p>Tel: 05 22 91 17 31</p>	31/10/2022	418,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

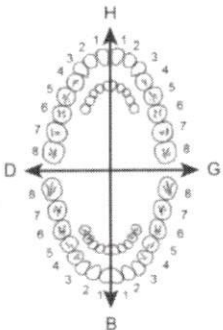
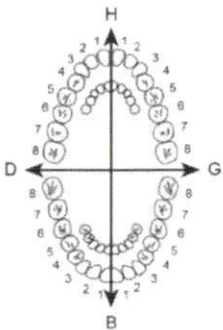
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Benazzouz Mustapha



الدكتور بن عزون مصطفى

- Professeur en Hépatogastroentérologie
- Ex-professeur à la Faculté de Médecine de Rabat
- Ancien gastroentérologue à l'Hôpital Ibn Sina de Rabat
- Ancien chercheur à l'université Yamanashi au Japon

- أستاذ في أمراض الكبد والجهاز الهضمي
- أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط
- طبيب سابق بمستشفى ابن سينا بالرباط
- باحث سابق بجامعة ياماناشي باليابان

Rabat, le

09/11/22

Hafid Rayane

Di Cefel

122,30 x 2

Cibal

134,00



Sac 1/1

Paroxyl

39,80

5 gtt

418,40



PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULEA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 81
INPE : 092030949

20422/64
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULEA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 81
INPE : 092030949

Dr. BENAZZOUZ Mustapha
Professeur en Hépatogastroentérologie
38 Av. Chellah Appt n° 4 (4^{ème} étage), Hassan - Rabat
INPE: 101102119

PER: 02 2027
LOT : 22E00V
DICETEL 100MG
CP PEL 830

P.P.V : 122DH30



PER: 02 2027
LOT : 22E00V
DICETEL 100MG
CP PEL 830

P.P.V : 122DH30



PPC : 134 DH 00



Laroxyl®
Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 06/25
LOT: L1665



Rabat, 09/11/2022

Echo Hépatobiliaire

Nom et prénom : *Hafid Rayane*

RC : Maladie Ig G4

Médecin Traitant : *Dr M. BENAZZOUZ*

RESULTATS

- . Foie de taille normale homogène contours réguliers
- . Pas de nodule hépatique mis en évidence
- . pas de DVBIH et de la VBP
- . Pancréas de taille normal
- . Reins et rate : RAS

Dr. BENAZZOUZ Mustapha
Professeur en Hépatogastroentérologie
38, Av. Cellah, Appt. N° 4, Hassan - Rabat
INPE: 101 102 119

Dr BENAZZOUZ

Dr Benazzouz Mustapha

- Professeur en Hépatogastroentérologie
- Ex-professeur à la Faculté de Médecine de Rabat
- Ancien gastroentérologue à l'Hôpital Ibn Sina de Rabat
- Ancien chercheur à l'université Yamanashi au Japon



الدكتور بن عزون مصطفى

- أستاذ في أمراض الكبد والجهاز الهضمي
- أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط
- طبيب سابق بمستشفى ابن سينا بالرباط
- باحث سابق بجامعة ياماناشي باليابان

09/11/22

NOTE HONORAIRES N°CB 1479/22

Mr: HAFID RAYANE

DESIGNATIONS	MONTANT
CONSULTATION	300,00
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	500,00
	800,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
HUIT CENTS DIRHAMS TTC ASS

DR. BENAZZOUZ

Dr. BENAZZOUZ Mustapha
Professeur en Hépatogastroentérologie
38, Av. Chellah, Appt n° 4 (2ème étage) - Hassan - Rabat



GB 14 80/+2/3/0/-5

C514

HdTHI-R

Abdomen'

225mm

No 122 122



GB 14 80/+2/3/0/-5

C514

HdTHI-R

Abdomen'

225mm

No 53 53



GB 14 80/+2/3/0/-5

C514

HdTHI-R

Abdomen'

225mm

No 54 54

HITACHI Dr. BENAZZOUE Mustapha
IM 11

P.H. MI 1.2

09-NOV-22 11 58 06

-03



GB 14 80°/2/3/0/-5

C514

HdTHI-R Abdomen'

225mm

No 35 35

[G] [H] [◀] [▶] [▶] [▶]

HITACHI Dr. BENAZZOUE Mustapha
IM 11

P.H. MI 1.2

09-NOV-22 11 57 13

-03



GB 14 80°/2/3/0/-5

C514

HdTHI-R Abdomen'

225mm

No 98 98

[G] [H] [◀] [▶] [▶] [▶]