

## 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° W21-763476

*pas courir*

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

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2283 Société : 13892

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKKOUCH Abdelhadi

Date de naissance : 31-12-66

Adresse : 66 Rue Jbel HABRI Sidi EL  
ABESTI HARAS JRA

Tél. : 0663796556 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22-12-2012

Nom et prénom du malade : BAKKOUCH

Age : 46

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Cyanoïdisme

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 : 20/12/2012

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-763476

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 : \_\_\_\_\_

# 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
20/12/11	C		300	INF : 4145 18066

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICHLEF 2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87	20/12/11	210,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LAM IBN SINA Agdal - Rabat Laboratoire d'Analyses - Rabat 39, Av. Ibn Sina Agdal - Rabat Tél : 0537 68 18 38 / 39 Fax : 0537 68 18 37 INPE Laboratoire : 103000550 INPE Directeur : 071600135	20/12/11	B 150	215,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT


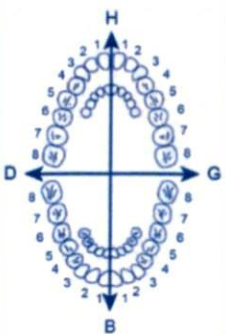
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INF : <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"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Fatine BENSaid  
ép. AGHZADI

ancien professeur  
à la faculté de Médecine de Rabat  
Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي  
أستاذة سابقة  
بكلية الطب بالرباط  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

Rabat, le 20/10/22 الرباط في

Mademoiselle BAKKOUCH TILILA

NOCAND 150

1 comprimé par semaine pendant 3 semaines

**AUGMENTIN 500:**

1 boîte(s) de 24 comprimés.

2 fois 2 comprimés par jour pendant 6 jours.

**BAYCUTÈNE**

tube(s) de pommade.

1 application matin et soir durant 10 jours.

**SEDASTERIL:**

1 Toilette le soir avec un gant de toilette humide imbibé avec  
la solution concentrée puis rincer à grande eau 3 minutes plus tard.

**DERMASEPT SPRAY**

**DERMASEPT<sup>®</sup>**  
**SPRAY**

LOT: 2140  
EXP: 07/25  
PPC: 99.00DH

70, زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الربيع ، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دوتال) أكادال الرباط

الهاتف: 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - الماحمول: 06 61 16 11 77 - البريد الإلكتروني: fatine.bensaid@yahoo.com

70, angle rues Oum Rabii et Oukaimeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat

Tél: 05 37 67 20 21 - fax: 05 37 67 20 21 - GSM: 06 61 16 11 77 - E-Mail: fatine.bensaid@yahoo.com

**Dr Fatine BENSAID  
ép. AGHZADI**

ancien professeur  
à la faculté de Médecine de Rabat  
**Gynécologie - Obstétrique**



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي  
أستاذة سابقة  
بكلية الطب بالرباط  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

Rabat, le ..... 20/10/22 ..... الرباط في

**Mademoiselle BAKKOUCH TILILA**

**FAIRE PRATIQUER :**

Un EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE des Pertes vaginales  
Cultures

**ANTIBIOGRAMME**

**LAMIA SIWA**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
39, Av. Ibn Sina Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 11 39 / 39 17  
Fax : 05 37 68 11 17  
INPE Laboratoire : 106 000 350  
INPE Directeur : 107 100 335

**Pr. BENSAID Fatine ép. AGHZADI**  
Professeur en Gynécologie Obstétrique  
70, Rue Oum Rabii et Oukaimeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat  
Tél/Fax: 05 37 67 20 21 - GSM: 06 61 16 11 77

70، زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الربيع ، الشقة 6 الطابق الأول (خلف مالك دونالد ) أكдал - الرباط  
الهاتف: 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - المحمول: 06 61 16 11 77 - الماييل: fatine.bensaid@yahoo.com  
70, angle rues Oum Rabii et Oukaimeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat  
Tél : 05 37 67 20 21 - fax : 05 37 67 20 21 - GSM : 06 61 16 11 77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com

**Facture 16298**

RABAT LE : 23/11/2022

Référence: **2220528**

Analyses effectuées le: 20/10/2022

Matricule:

Pour.....: **Mlle BAKKOUCHE TILILA**

Sur prescription du: Dr BENSALD FATINE

Code.....: 1FB3163



Organisme.....: **NON CONVENTIONNES**

**Bilan:**

PV=B150

Cotation : (B 150 )

**Montant Net : 216.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**DEUX CENT SEIZE Dhs 00 Cts**

LAM IBN SINA  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
39, Av. Ibn Sina Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 18 38/39  
Fax : 05 37 68 18 37  
INPE Laboratoire: 103000550  
N° de Directeur: 107160335

**INPE Laboratoire  
103000550**

Prélèvement du : 20/10/2022 Heure : 12:11

Edition du : 22/10/2022

Référence : 21020NC5287

Matricule :

NON CONVENTIONNES



Code Patient **1FB3163**

du : 20/10/2022

Mlle BAKKOUCHE TILILA

Médecin: Dr. BENSAID FATINE

### PRELEVEMENT VAGINAL

- Aspect..... : **Blanchâtre**

#### **EXAMEN DIRECT**

Leucocytes..... :	<b>Très rares</b>
Hématies..... :	<b>Absence</b>
Cellules épithéliales..... :	<b>nombreuses</b>
Trichomanas vaginalis ..... :	<b>Absence</b>
Cell cloutées (Gardnerella).. :	<b>Absence</b>
Diplocoques intraleuc (Gono) :	<b>Absence</b>
Levures ..... :	<b>Absence</b>
Flore ..... :	<b>Bacillaire</b>

#### **CULTURE BACTERIOLOGIQUE**

Sur milieux usuels..... :	<b>Candida albicans</b>
Sur Sabouraud (Mycoses)..... :	<b>Candida albicans</b>

NB : Certains germes à culture difficile poussent au delà de 48h  
(HACEK, Listeria, Parvobactéries, Streptocoques etc...)

*(Signature)*  
 Médecin Spécialiste en Gynécologie Médicale  
**LAMIEH SINA**  
 INPE : 107160335  
 39, Av. Ibn Sina Agdal - Rabat  
 Tél : 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37