

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-767425

148674

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19596 Société : .....

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

Nom & Prénom : ZERRAR ELMEADJ .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/11/2022

Nom et prénom du malade : Benzidine Amine Age : .....

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

Nature de la maladie : Maladie gastro-intestinale

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 07/12/2023

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 Paiement des Actes
30/11/22	Visite	16.80000	INP : 090063212	
03/02/23	Contrôle			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

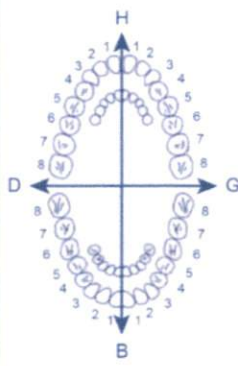
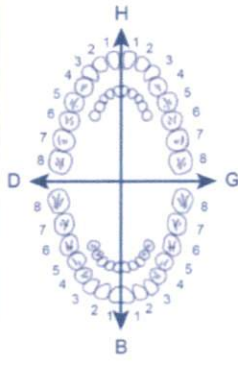
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# 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.

	Traitées	Soins															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
			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'EXEC

Casablanca, le 30/11/22

M<sup>me</sup> Benzgine Amina

↳ Rectosigmoidoscopie

Dr. Naima AIT BELLA  
GASTRO-ENTÉROLOGUE  
T Business Center Angle Bd. Ahm.  
Majouar et Allée de la Plage 1er Etage  
Opht. N°9 Aïn Sebaâ - Casablanca  
Tél : 05 22 68 20 00



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

## COMPTE-RENDU DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIE

NOM ET PRENOM : BENZZINE AMINA

DATE : 30/11/2022

ENDOSCOPISTE : DR AIT BELLA NAIMA

MEDECIN ANESTHESISTE : DR RSHI

Progression faite jusqu'à 60 cm de la marge anale sur une muqueuse de préparation médiocre.

La muqueuse rectale explorée de la marge anale jusqu'à 8 cm de la MA est érythémateuse fragile, siège d'ulcération superficielles en carte géographique. (Biopsies)

Cet aspect inflammatoire évolue d'un seul tenant, sans intervalles de muqueuse saine, et sans signes de gravité, notamment absence d'ulcérations creusantes ni de lésions en pont, ni de décollement muqueux.

Le reste de la muqueuse colique explorée est d'aspect normal, avec une visualisation de la trame vasculaire, dans la limite de la préparation.

On note par ailleurs, la présence d'hémorroïdes internes congestives.

### Conclusion :

Rectite ulcérée, évoquant une RCH en poussée modérée.

Absence de signe de gravité endoscopique.



# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 30-11-2022

Facture N° 32435/22

## A. Identification

N° Dossier : HPC22K30104427

N° Identifiant : 087524/22

Nom & Prénom : Mme BENZZINE AMINA

C.I.N : BK358141

Adresse : RES BEVERLY HOUSE IMM H NR 17 EL MANSOURIA

## B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-11-2022

Date Sortie : 30-11-2022

Médecin traitant : DR . AIT BELLA NAIMA

Traitement : RECTOSIGMOIDOSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	RECTOSIGMOIDOSCOPIE		1 650,00			1 650,00
Total Rubrique :						1 650,00
PARTIE CLINIQUE :						1 650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		1 650,00	

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

SERVICE FACTURATION  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA  
N° 002247038000079 - INPE : 0900063272  
279, Bd. Chefchaoui Ain Sebaa

**HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** HPC22K30104427**NOM DU PATIENT** Mme BENZZINE AMINA**MÉDECIN TRAITANT** AIT BELLA NAIMA**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 30/11/2022**DATE DE SORTIE** 30/11/2022**MODE DE SORTIE** normal

**SERVICE FACTURATION**  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA  
INSEE: 30104427  
279, Bd. Cherifiaoui Atri Sebba