

## 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

- 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

M22- 54815

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7258 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUYHANE A. ALASSI

Date de naissance : 01/01/69

Adresse : 1217 Jardin de l'Annonciation

Tél. : 2661370030 Total des frais engagés : 553 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHAMBA BERNARD ZOUZ BERK  
Chirurgien-Gynécologue Accoucheur  
119, Bd. Bir Anzarane Maarif - Casablanca  
Tél. 0522 22 50

Date de consultation : 31/03/23

Nom et prénom du malade : ALOUÏ M. HANZI Age: 54 ans

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 31/03/23

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
31/03/23	6		400	
	Ech		400	

### 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
	31/03/23	B: 100 + pm	159,000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

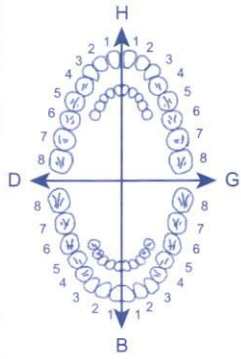
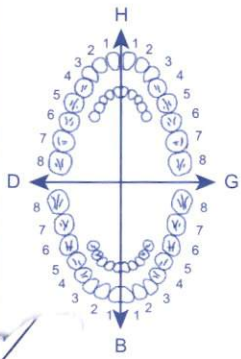
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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

**Dr Niâma BENAZZOUZ BERRADA**

**Spécialiste**

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité  
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie  
Échographie Doppler - Médecine Fœtale  
Chirurgie Gynécologique - Coelochirurgie  
Hystéroscopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Île-de-France



**الدكتورة نعمة بنعزوز برادة**

**إختصاصية في**

الولادة - أمراض و جراحة النساء - العقم  
أمراض الثدي وفم الرحم - الجراحة النسائية  
التظهير الداخلي - التشخيص بالصدى  
الأمراض الجنسية  
خريجة كلية الطب بباريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

*me: Alaoui Mhamdi*

*Chizlane*

31 MAR 2023

*Faire un test de  
grossesse  
(qualitatif)*

Laboratoire d'Anal.  
119 Bd. Bir Anzarane (Médical)  
Casablanca  
Tél: 0522 23 50 86 - Fax: 0522 23 50 87

**DR. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA**  
Chirurgien Gynécologue Accoucheur  
119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 23 50 86 / Fax: 0522 23 50 87



Dr Niama BENZZOUZ BERRADA

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ile de France

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage

Tél. 05 22 23 50 86 - Fax : 05 22 23 50 87 - Urgences : 06 61 93 99 3

E-mail : bniama@hotmail.com

## ECHOTOMOGRAPHIES PELVIENNES

N° :

Date : 31 MAR 2023

Nom : ALOUZI Mhamdi Prénom : Ghizlane

Age : 02-01-1982

Adressé par le Docteur :

Pour : Soutien pelvien bon

Paré : 2

Geste : 3

D.R.N. :

T.T. :

A.T.C.D. :

## COMPTE - RENDU :

Uterus :

- ① Position :   
 Laterodeviation : median   
 Version et flexion : intense inflect
- ② Forme et taille de l'utérus :   
 Longueur : 63   
 Largeur : 35   
 Epaisseur : 14,1
- ③ Echostructure utérine :   
 Myometre : homogène   
 Cavité utérine : vide   
 Col utérin : for

Vagin	for
Trompes	for
Ovaires	normaux

Coché

Echographie pelvienne   
 02/01/2023

Dr. NIAMA BENZZOUZ BERRADA   
 Chirurgien Gynécologue Accoucheur   
 119, Bd. Bir Anzarane Maarif - Casablanca   
 Tél: 0522 23 50 86/Fax: 0522 23 50 87



Prescripteur : Dr NIAMA BERRADA BENAZZOUZ

Dossier ouvert le : 31-03-2023 12:51

Edité le : 17-04-2023

Réf : 2303311047

Mme ALAOUI Ghizlane

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 1

## **HORMONOLOGIE**

Test de grossesse: Négatif.  
(seuil: 5 )

Fin du compte rendu



Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
Tél : 0017488800000000  
Tél : 0017488800000000

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dossier Validé

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BNCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 31-03-2023

**Mme Ghizlane ALAOUI**

FACTURE N°	2303311047
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
	HCG test de grossesse	B100	B

Total de B : 100

TOTAL DOSSIER	159.00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante-neuf dirhams

  
Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale  
117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca  
ICE : 001748386000083  
Patente : 35870583  
IF : 01006693  
CNSS : 7070999

