

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-819692

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13306 Société : RAM

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

Nom & Prénom : ZAHRA OUI HIND A88357

Date de naissance : 1508

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1508 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26-09-2023

Nom et prénom du malade : Zahraoui Hind Age :

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

Nature de la maladie : Soins dentaires

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.

MUPRAS
27 DEC. 2023
BOUZAACHANE

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 : Cas Le : 26/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


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
26-05-85	ca Edne		509,00	INF: 09M12154 Dr Omar MEKOUAR CHIRURGIEN Tél. 0522-77-0531 OBST- GYNÉC

26-5-85 C2
Edhe

509,0

INP: 09/11/85

Dr Omar MEKOUAR
CHIRURGIEN GYNÉC
Tél. 652 22 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/23	1081.60

26/9/23	1081.60
---------	---------

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

[illegible][illegible]

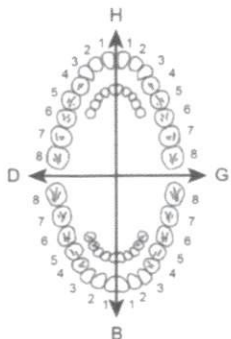
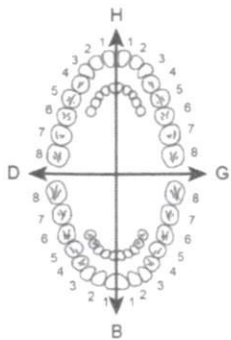
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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'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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]



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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عمر مكيوار

جراح اختصاصی فی أمراض النساء و التولید

أستاذ مساعد سابق بمصحة مستشفيات باريس

وكلية الطب بسان أنطوان باريس VI

الدار البيضاء :




6 118001 120147

8-2822-73-230-2

FARMACIE SOPHIA
no. Bencubise Epi. Slapui
14, 24 Iulie - 2 Etna - CASA
Tel. 0822 36 01 64

2nd Zimbabwe
KIND

13.1.60 — Speck 50  1025

EXERCISE

56.20x5 74x3

— *[Signature]*

24.50 x 6 20 1/2

Duplex touch

1081.60 Angle rue Soumaya et Boulevard Abdelmoumen Résidence Shehrazade 3 Casablanca

Angle rue Soumaya et Boulevard Abdelmoumen Résidence Shehrazade 3 Casablanca

زناوية زنقة سومية و شارع عبد المومن إقامة شهرزاد 3 الدار البيضاء صوفيا

PHARMACIE SOPHIA

Mme. Benbrahim Ep. Slaoui

214.3d.1b.c.1 Sing - CASH

161: 0522 36 01 64

5 22) 23.55.83 / (05 22) 99.61.48 - Fax : (05 22) 25.50.98

lagaki (06 64) 24 54 65 e-mail : Omekouar5@gmail.com

gsm : (06 61) 34.54.65 - e-mail : Omekouals@gmail.com

8-2822-73-230-2
Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DH20



6 118001 120147



6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512

53,20

8-2822-73-230-2
Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DH20



6 118001 120147

53,20



8-2822-73-230-2
Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DH20



6 118001 120147

8-2822-73-230-2
Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DH20



6 118001 120147

131,60



6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512

CABINET D'ECHOGRAPHIE DOPPLER

Dr Omar MEKOUAR.

Ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris
Et de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris V)

Angle rue soumaya et boulevard
Abdelmoumen, résidence shéhrazade 3
Casablanca TEL (022) 23.55.83.

Diplômé de médecine fœtale.

Diplôme universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale.

Casablanca le : 26/09/2023

Mme : ZAHRAOUI HIND

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE
GYNECOLOGIQUE.

Echographe doppler couleur énergie 4D Samsung ELIT WS 80
Mis en service le 01/01/2017

INDICATION :

Douleur pelvienne

RESULTAT :

- Voie VAGINALE.
- Utérus anté- versé

Longueur du col et du corps : 80mm
Largeur : 44mm.

Contours : réguliers

Myomètre : hétérogène.
Endomètre : 10mm

OVAIRES :

Ovaire droit : 30mm

Ovaire gauche : 21mm

CONCLUSION :

Utérus fibromateux

SIGNATAIRE : DR .OMAR MEKOUAR.

Dr Omar MEKOUAR
Chirurgien Gynécologue
Tél : 0522 23 55 83 - Fax : 0522 25 50 98

CABINET D'EXPLORATION URO-GYNECOLOGIQUE

CHIRURGIEN GYNECOLOGUE OBSTERTETRICIEN Dr O.MEKOUAR.

Casablanca le : 26/09/2023

FACTURE

Mme : ZAHRAOUI HIND

MOTIF : DOULEUR PELVIENNE.

Consultation : 200DH

ECHOGRAPHIE : 300 DH

Totale : 500 DH

Dr Omar MEKOUAR
Chirurgien Gynécologue
Obstétricien
Signé : O.MEKOUAR.
Tél : 0522 23 55 83 - Fax : 0522 25 50 98

ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD ABDELMOUMEN,
RESIDENCE SHEHRAZADE 3. CASABLANCA.
TEL : 0522.23.55.83 /0522.99.61.48 /FAX : 05.22.25.50.98
GSM : 0661.34.54.65.

Patient

N° 26092023194221
Nom ZAHRAOUI, HIND
D. naissance
Sexe

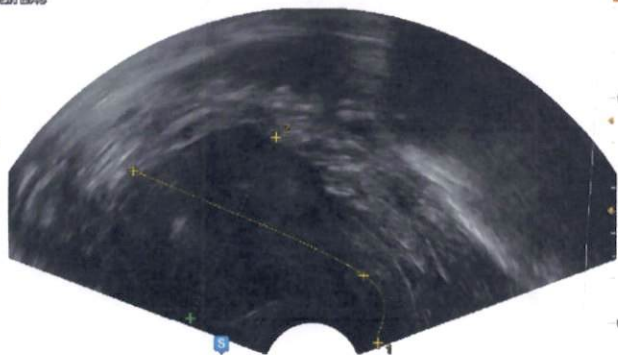
Exam

N° d'accès
Dte exam. 26-09-2023
Description
Opérateur

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUAR OMAR MI 0.9 26-09-2023
26092023194221 Tib 0.3 19:46:12

UTERUS EN SAS
25000-S
7.0 cm
55Hz

PRO
P2a
Ga 42
PD 132
Cb 10
M 5
P 55%

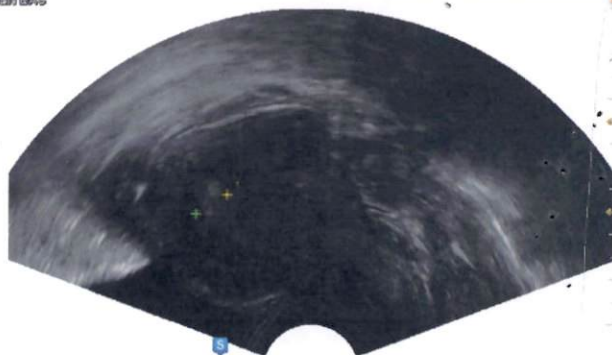


1 D 8.01 cm
2 D 4.45 cm

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUAR OMAR MI 0.9 26-09-2023
26092023194221 Tib 0.3 19:46:21

UTERUS EN SAS
25000-S
7.0 cm
55Hz

PRO
P2a
Ga 42
PD 132
Cb 10
M 5
P 55%

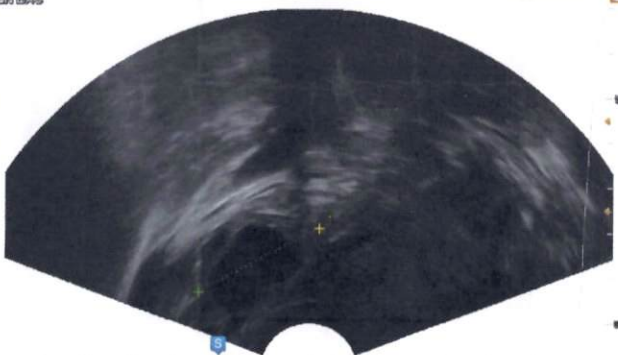


1 Ép. endo 0.81 cm
2 Uterus Longueur XXX cm

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUAR OMAR MI 0.9 26-09-2023
26092023194221 Tib 0.3 19:46:33

UTERUS EN SAS
25000-S
7.0 cm
55Hz

PRO
P2a
Ga 42
PD 132
Cb 10
M 5
P 55%

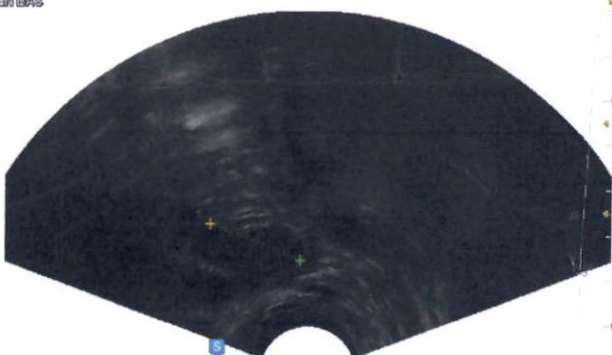


1 D Ovaire Longueur 3.05 cm
2 D Ovaire Largeur XXX cm

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUAR OMAR MI 0.9 26-09-2023
26092023194221 Tib 0.3 19:46:43

UTERUS EN SAS
25000-S
7.0 cm
55Hz

PRO
P2a
Ga 42
PD 132
Cb 10
M 5
P 55%

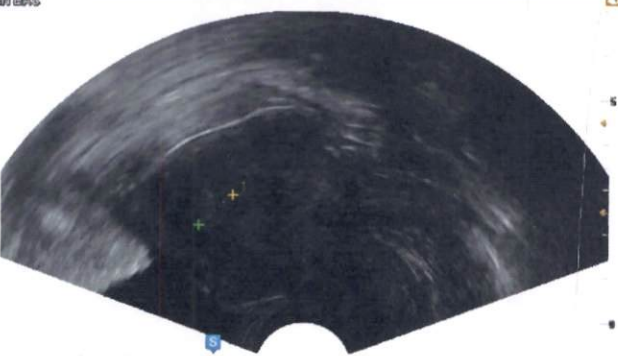


1 G Ovaire Longueur 2.13 cm
2 G Ovaire Largeur XXX cm

SAMSUNG ZAHRAOUI, HIND DR MEKOUAR OMAR MI 0.9 26-09-2023
26092023194221 Tib 0.3 19:47:13

UTERUS EN SAS
25000-S
7.0 cm
55Hz

PRO
P2a
Ga 42
PD 132
Cb 10
M 5
P 55%



1 Ép. endo 1.02 cm
2 Uterus Longueur XXX cm