

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° W21-830357

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIANE

Date de naissance : 01/12/1987

Adresse : RES LES SUNSQUARE IMM 8 App. K19 ALMAZAM

Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2023

Nom et prénom du malade : LABAQI HOUDA Age: 33

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

Fait à : CASA Le : 14/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/12/23		CS	200,00 d.h.	INP : 061288452

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/23	121,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/12/23	ECHO. 2hd	200,00 d.h.
		ECHO. 2hd	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENZZINE Amina

**Spécialiste en Hépto-gastro-
entérologie et Proctologie**

Endoscopie digestive

Echographie Abdominale

Lauréate de la Faculté

de Médecine - Casablanca

Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرج

المنظار الداخلي للمعدة والقولون
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le: 14/12/23

98,80 M^{me} Houda daroui
1/ Neoforton 160 mg cp

22,90
2/ Loperium gel
1 cp x 3/jr ov — trepos

2 gel en une seule prise
p un 1 gel x 3/jr après les selles

3/ Tidoz 500mg cp
1 cp x 3/jr après repas pdt 10 jr

4/ Esoc 20mg gel
1 gel x 2/jr — trepos pdt 14 jr

مكتب بانوراما، شارع أبو بكر القادري، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدي معروف - الدار البيضاء

Complexe Panorama; Bd Abou Bakr El Kadiri; GH 03; Imm 13; 2^{ème} étage Bureau N°8

Sidi Maarouf - Casablanca ☎ 05 22 97 60 09 ✉ amina.benzzine@gmail.com

PPU 98DH80
EXP 06/2026
LOT 33022/4

PPV: 23DH90
PER: 1/26
LOT: M3752

Pharmacie Sun Square Almaz SARL AU
Dr. Amrani Walid
218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade Sud-Ouest, Casablanca
Tél - Wtsp : 06 20 20 19 20
INPE : 062115449

Dr. BENZZINE Amina
Spécialiste en Hépto-gastro-entérologie et Proctologie
Complexe Panorama, Bd. Abou Bakr El Kadiri
Imm 13, 2^{ème} étage, Bureau N°8
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 60 09

Dr. BENZZINE Amina

**Spécialiste en Hépto-gastro-
entérologie et Proctologie**

Endoscopie digestive

Echographie Abdominale

Lauréate de la Faculté

de Médecine - Casablanca

Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرح

المنظار الداخلي للمعدة والقولون
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le: 14/12/23

Notes d'honoraires

Mr/Mme: LARAQI HOUDA

Consultation : 300 dhs

Échographie abdominale : 200 dhs

Total: 500.00 dhs

IPNE : 061288452

Dr. BENZZINE Amina
Hépto-Gastro-Entérologie et Proctologie
Complexe Panorama; Bd Abou Bakr El Kadiri
GH 03; Imm. 13; 2ème étage, Bureau N°8
Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 05 22 97 60 09

مكاتب بانوراما، شارع أبو بكر القادري، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدي معروف - الدار البيضاء
Complexe Panorama; Bd Abou Bakr El Kadiri; GH 03; Imm 13; 2^{ème} étage Bureau N°8
Sidi Maarouf - Casablanca ☎ 05 22 97 60 09 ✉ amina.benzzine@gmail.com

عيادة أمراض الجهاز الهضمي و الكبد و الشرج

CABINET DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, DU FOIE ET DE PROCTOLOGIE

Dr. BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépto-gastro-entérologie et Proctologie



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرج

Casablanca, le: 14 / 11 / 23

Nom & Prénom : M^{lle} Houda Laroui

Compte rendu d'échographie abdominale

FOIE

De taille normale, d'écho structure homogène, de contours réguliers, hyperéchogène

VÉSICULE BILIAIRE

A paroi fine, alithiasique

VOIES BILIAIRES

Perméable, libres du calibre normal, absence de dilatations des Voies biliaires intra- et extra hépatique

RATE

D'aspect et de taille normale, homogène

REINS

Les deux reins de taille et d'aspect normal. Absence de dilatation pyélocalicielle.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

CONCLUSION

Météorisme abdominal diffus

Stéatose hépatique

Dr. BENZZINE Amina
Hépto-Gastro-Entérologie et Proctologie
Complexe Panorama; Bd Abou Bakr El Kadiri;
GH 03; Imm 13; 2^{ème} Etage, Bureau N°8
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 60 09

