

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 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

W21-838930

194895

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08307

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0667231670 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/03/2024

PH4-H05/V2/2010-2023

Autorisation CNDPN : AA-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

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 Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

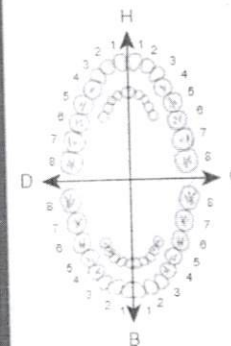
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

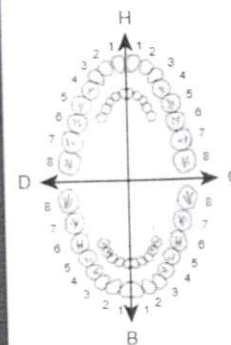
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



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'EXECUTION



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: VISIT MOROCCO	N° de sinistre	: 93814736
Contrat n°	: 010 190080 / 00	N° dossier	: 5562550
N° d'affiliation	: 19	Réf dossier	: AX62550
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 23/12/2023
CIN	:	Date de traitement	: 05/02/2024
Assuré	: BENJELLLOUN KARIMA	Date de remboursement	: 05/02/2024
Bénéficiaire	: BENJELLLOUN KARIMA	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	350,00	300,00	0	80.00	0,00	240,00
MEDICAMENTS	2 520,20	2 520,20	0	80.00	0,00	2 016,16
SEANCES ALLERGOLOGIS	650,00	650,00	0	80.00	0,00	520,00
R RADIOLOGIE R-Z	200,00	200,00	0	80.00	0,00	160,00
K SPECIALISTE	150,00	150,00	0	80.00	0,00	120,00
	3 870,20	3 820,20			0,00	3 056,16

Observations :

Informations :



Déclaration maladie



AX62550

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie : 010190080/00
Numéro du bordereau :
Numéro du sinistre :
Matricule de l'assuré : 19
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc :

Cachet de l'entreprise
Visit M. eco
Rue Hmed Ben Bouchta 20160 Casa
tél 05 22 36 16 32-Fax: 05 22 94 23 38

À remplir par l'assuré

Nom : BENJELLOUN Prénom : KARIMA
N° de C.I.N : Date de naissance : 01/01/69
Montant des frais exposés : 3870,20 DH

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 03/12/23

Signature de l'assuré(e)

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du Service gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

«conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

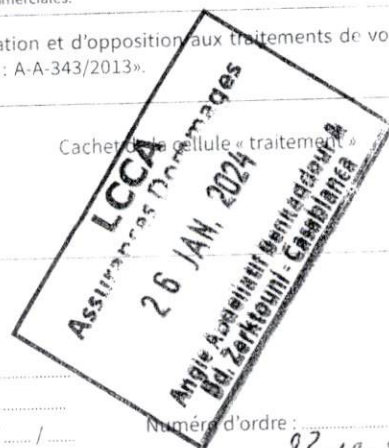
Cachet de la cellule « traitement »

X

N° :
Nom de l'assuré : Benjelloun Karima 19
Bénéficiaire :
Frais exposés : 3870,20 Dh
N° du sinistre :

Matricule :
Lien de parenté :
Date du dépôt du dossier :
Numéro du bordereau :

Numéro d'ordre :
Date des soins : 03/12/23



À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : **M^{re} BENJELLANI**

Prénom(s) du patient : **KARIMA**

Date de naissance :

Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Facteur : **CASA BLANCA**

le

23 DEC 2023

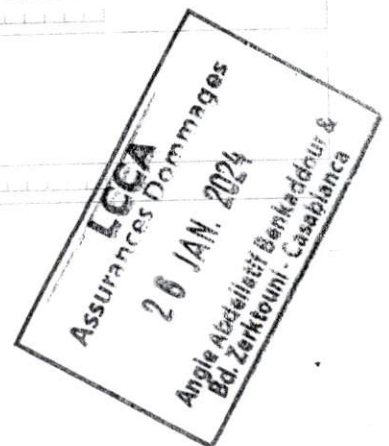
Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
	CS N° ICE		350,00 N° INP	
23 DEC 2023		12 Radiographie Thoracique face	200,00	
		K 40 Exploration Fonctionnelle Respiratoire	650,00	
		K 10 Nébulisation Aux B 2 Médicamenteuses Avec Oxygénothérapie	150,00	
	N° ICE		N° INP	

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
23/12/23	2520,20	CASA BLANCA
N° ICE		N° INP
	600	INPE
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré



Dr. IQBAL IDRISSE GAITOUNI



Centre de pneumologie
et d'Allergologie Respiratoire
Endoscopie Bronchique - EFR

Diplôme d'Insuffisance et
Handicap Respiratoires

Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy

34, Bd. Hassan Seghir - angle Bd. Mohamed V
Tél.: 05 22 31 40 15 / 05 22 44 99 77 - Casablanca

Casablanca, le 23 DEC 2023

M^{re} BENJELLOUN KARIMA

- (Z12) = Radiographie Thoracique Face + Profil = 200, w 18H
- 2K15 = ~~Testing Allergologique~~
- K10 = Saturation Oxymétrie
- K40 = ~~Pléthysmographie~~
- (K10) = Nébulisation aux B2 - mimétiques avec Oxygénothérapie = 250, w 18H
- (K40) = Exploration fonctionnelle Respiratoire = 650, w 18H
- K40 = Capacité de Diffusion du CO = DLCO
- K30 = Gaz du Sang Arteriel

Dr. IQBAL IDRISSE GAITOUNI
Centre de Pneumologie
et d'Allergologie Respiratoire
34, Bd Hassan Seghir Angle Bd Med V
Tél: 0522 31 40 15 / 44 99 77 - Casablanca

LCCA
Assurances Dommages
26 JAN. 2024
Angle Abdelatif Benkaddour &
Bd Zerkouni - Casablanca

CENTRE DE PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE

Dr. IDRISSI QAITOUNI IQBAL

PLETHYSMOGRAPHIE / DLCO

34, Bd HASSAN SGHIR CASABLANCA 0522449977

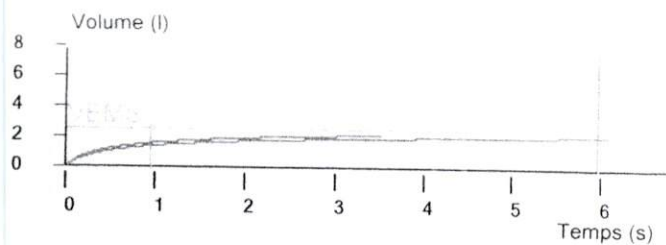
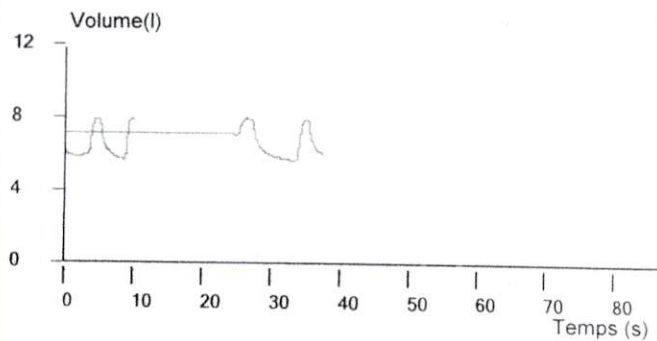
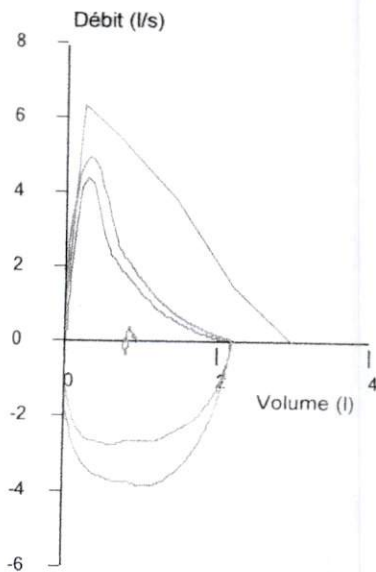
Nom : **KARIMA BENJELLOUN**

Taille : 165 cm Age : 54 Ans Date Naissance : 01/01/

ID : **KARBEN01011969**

Poids : 74 kg Genre : Féminin BMI : 27,2 kg

Medication : Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,01	2,27	76	2,23	74	-2	
CI	l	2,38	0,88	37	0,06	3	-93	
VC	l		0,11		0,33		200	
VRE	l	0,90	1,39	154	2,16	240	55	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,57	1,54	60	1,67	65	8	
CVFex	l	3,02	2,27	75	2,22	74	-2	
VEMS/CVF	%	79	68		75		10	
DEP	l/s	6,35	4,41	69	4,96	78	12	
DEM25	l/s	1,49	0,35	24	0,54	36	54	
DEM50	l/s	3,85	1,18	31	1,54	40	31	
DEM75	l/s	5,56	2,92	53	4,17	75	43	
DEM 25-75	l/s	3,15	1,06	34	1,46	46	38	
tex	s		7,0		3,7		-47	

Commentaire : trouble ventilatoire obstructif sévère partiellement réversible sous Béta2-mimétiques.

Date : 23/12/2023

Temps : 12:11

Température ambiante :

23 °C

Pression ambiante :

999 hPa

Humidité ambiante :

50 %

Dr. Idrissi Qaitouni Iqbal
Centre de Pneumologie
et d'Allergie Respiratoire
34, Bd Hassan Sghir Angle Bd Med V
Tél: 0522 31 40 13 / 41 99 77 - Casablanca

Dr. IQBAL IDRISSE QAITOUNI

Centre de pneumologie
Et d'Allergologie Respiratoire
Endoscopie Bronchique – EFR
Diplôme d'Insuffisance et
Handicap Respiratoires
Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy

34, Bd. Hassan Seghir – angle Bd. Mohamed V
Tél. : (022) 31.40.15 / 44.99.77 – Casablanca

23 DEC 2023

M^{re} BENJELLOUN

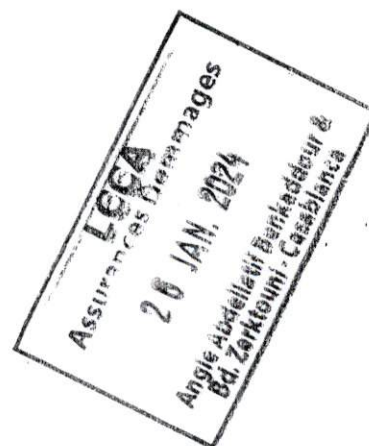
KARIMA

Compte rendu de la Radiographie Thoracique face + profil (Z12 X)

- Aspect de Bronchopathie diffuse.
- Silhouette cardio-vasculaire sans particularité.

- Totostation thoracique

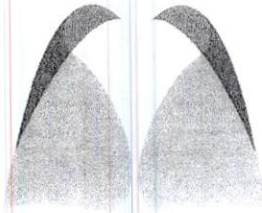
Dr. IQBAL IDRISSE QAITOUNI
Centre de pneumologie
et d'Allergologie Respiratoire
34, Bd Hassan Seghir Angle Bd Med V
Tél: 0522 31 40 15 / 44 99 77 - Casablanca



DR. IQBAL IDRISSE QAITOUNI

Diplomé de Nancy

Cabinet de Pneumologie
et d'Allergologie Respiratoire
Allergie Alimentaire (Berlin)
Endoscopie - Gazométrie
DLCO - Pléthysmographie
Tabagisme - Ronflements



الدكتور الإبريسي القيطوني إقبال

خريج نانسي

اختصاصي في أمراض الصدر
و حساسية الجهاز التنفسي
حساسية الأكل (برلين)
الكشف بالمنظار
السل - الضيقة
الإمتناع عن التدخين - الشخير

Casablanca, le 23 DEC. 2023

الدار البيضاء في

28/10

Se Rincer La Bouche Après

16/10/24

1501 Auromax

27/10/24

PHARMACIE AHUJAMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue Mohammed VI - Résidence Taghazout
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 87

Dr. IQBAL IDRISSE QAITOUNI
Centre de Pneumologie
et d'Allergologie Respiratoire
34, Bd Hassan Seghir - Angle Bd Med V
Tel: 05 22 31 40 15 / 44 99 77 - Casablanca

LCGA
Assurances Dommages
26 JAN. 2024
Angle Abdellatif Benkaddour &
Bd Zerkouni - Casablanca