

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0053805

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13069 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL WAFI Mohamed Rayane
 Date de naissance : 10/05/1993
 Adresse : Villa Anka 3 villa 116 Darabouazza
 Tél. : 0663 15 3334 Total des frais engagés : 1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/10/2022
 Nom et prénom du malade : EL Wafiki Mohamed Rayane Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RRinite allergique
 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 : 13/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) : EL WAFI

Autorisation CNP 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
13/10/22	CS	300	300,00	
13/10/22	Sp. Ranebuc	200	200,00	
	valine			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/10/22

547,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

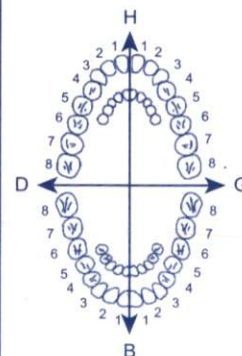
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

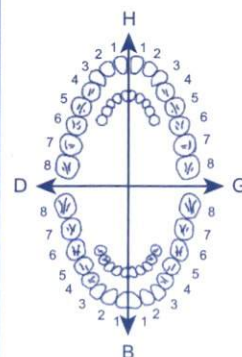
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

13/10/22 11 35 17
HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000041010
Mastercard
Mastercard
252525*****4744
07/27 CARTE NATIONALE
220-0-0-55

Num Commerçant 2220064
Num TPE 08173637
Num Transaction 000025
Num Autorisation 484155
Num STAN 011167

MONTANT : 700,00 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 221013115756FZ / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200576062	EL WAFIKI MOHAMMED R	13/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	11167	700,00
	Total payé	700,00

Reçu établi par : FZAZER

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 08 53 45
Fax: 05 29 08 44 77
E-mail: contact@icm.hk.ma
N° NP 090461862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 221013110258FZ / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200575954	EL WAFIKI MOHAMMED R	13/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	111161	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : FZAZER

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

13/10/22 10 41 24
HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000041010
Mastercard
Mastercard
252525*****4744
07/27 CARTE NATIONALE
220-0-0-55

Num Commerçant 2200064
Num TPE 08173637
Num Transaction 000019
Num Autorisation 602777
Num STAN 011161

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 22 93 53 45
Fax: 05 29 80 44 77
E-mail: contact@fckm.hck.ma
N°INAP 090061862

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

13/10/2022

Mr EC Wafki Mohamed Ragan.

Spirometrie avec
preuve de bronchodilatation

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr. Abdelhak ALAOUI YAZIDI
Pneumologie - Allergologie - Tabacologie

991035138

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 13/10/2022
Numéro : 133 069



090061862

Nom patient : EL WAFIKI MOHAMMED RAYAN

Médecin : PR. ALAOUI YAZIDI ABDELHAQ
Pneumologie

2200576062

PAYANTS

	Montant
SPIROMETRIE AVEC EPREUVE DE BRONCHODILAT	700,00

Total	700,00
Arrêtée la présente à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 13/10/2022

Numéro : 132 962



090061862

Nom patient : EL WAFIKI MOHAMMED RAYAN

Médecin : PR. ALAOUY YAZIDI ABDELHAQ
Pneumologie

2200575954

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

Nom: **RAYAN EL WAFIKI**

ID: **RAYEL 18051993**

Taille: 170 cm

Poids: 60 kg

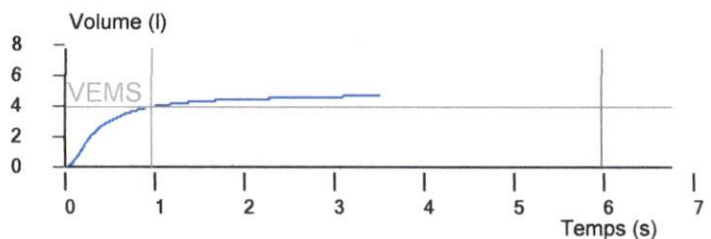
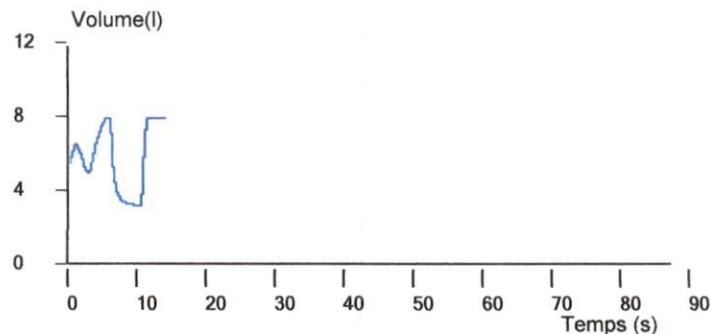
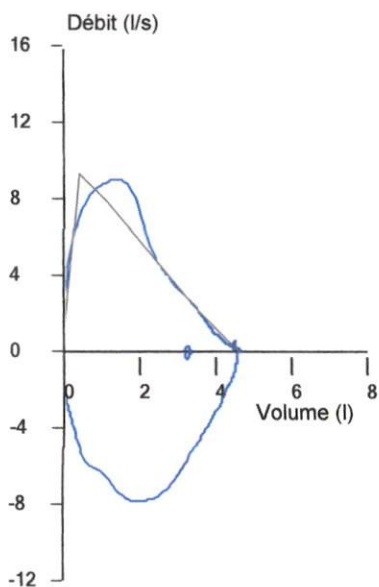
Age: 29 Ans

Genre: Masculin

Date Naissance: 18/05/1993

BMI: 20,8 kg/m²

Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref
CV	l	4,91	4,74	97
CI	l	3,35	2,74	82
VC	l		0,74	
VRE	l	1,51	1,89	125

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref
VEMS	l	3,98	4,10	103
CVFex	l	4,70	4,72	101
VEMS/CVF	%	82	87	
DEP	l/s	9,34	9,08	97
DEM25	l/s	2,34	2,34	100
DEM50	l/s	5,19	5,63	108
DEM75	l/s	7,97	8,92	112
DEM 25-75	l/s	4,75	4,88	103
tex	s		3,4	

Commentaire:

Non tabagique. Rhinite

Qualité de l'examen: bon

Conclusion: Spirométrie normale. Pr A. Alaoui yazidi

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr. Abdelhak ALAOUI YAZIDI
Pneumologie - Allergologie - Tabacologie
091035138

Date: 13/10/2022

Temps: 13:59

Temperature:

23 °C

Technicien:

AHLAME ABOURHABA

Pressure:

1013 hPa

Humidity:

53 %



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

le 13/10/2022

M^r EL Wafki Mohamed Rayon
2 x 131.70 = 263.40

N/ Nasonex ? jaras



1 double pulvérisation dans chaque
narine le matin x 1 mois

pas 1 pulvérisation dans chaque narine
99.70 x 2 mois

N/ Lorixten ? boîte



129.50 1 N/jour matin x 20 jrs

N/ Curobe 1 boîte



55.100 1 N/jour matin



N/ Bilomylase 1 boîte

1 N + 3/jour 9/10 N/10

T = 547.60

Dr. EL HAFID HAYAT
Pharmacie EL AIR
Lotissement AL ALYA, N°45 - Dar BOUJAZZA
Tél : 0522 96 59 83 - Casablanca

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr. Abdelhak LAOUI YAZIDI
Pneumologie - Allergologie - Tabacologie
091035125

CurAler[®]
Quercetine - Curcumine

LOT: B201201001
PER: 12/2023
PPC: 129,50DH

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

55,00

LOT: 14522002
PER: 05/2027
PPV: 99,70 DH