

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



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

Déclaration de Maladie
M22- 0055129

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1004 Société : 147281
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Khadija Bahane
 Date de naissance : 1936
 Adresse : Rue 57 n°15 Hayat 5 Al Medina Casablanca
 Tél. : 06.66.08.06.08 Total des frais engagés : 734,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

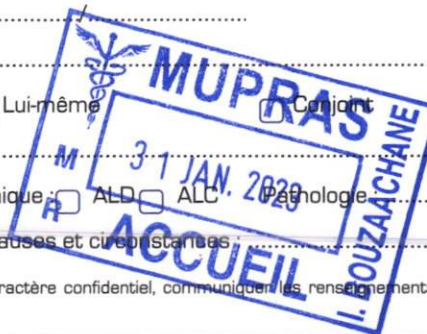
Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie 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 : Casablanca Le 01/11/2022

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmis Date Montant de la Facture

30/01/2023

737,30

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

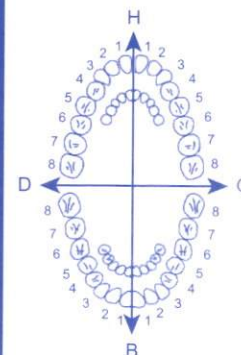
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
 Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
 Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAOUI
CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
 et

Cardiospirmine revivante
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090280
 médecine de PARIS

Ancien Interne

269,00
 Société
 Française de Cardiologie

PPV: 147DH40
 PER: 13/24
 LOT: L954-2

PPV: 147DH60
 NIVE

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable - Boîte de 30
 Prix : 72,80 Dhs
 Pharmacien Responsable :
 Amina Daoudi
 6 118001 103003

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable - Boîte de 30
 Prix : 72,80 Dhs
 Pharmacien Responsable :
 Amina Daoudi
 6 118001 103003

le 11/11/22

Mr KHAUDDI Ned

VA XIGRIP Tecto
 27,70 x01
 1'S

Cardioaspirine
 269,00 x01
 1'S

Coveran 150 mg
 1'S

Coronar 25 1/2 water et son
 147,40 x01
 1'S

Aspirat heart
 147,60 x01
 1'S

Clotel 100 mg
 72,80 x02
 1'S

Adancor box 2
 Nitroas parmyl . 0,2 . 2
 1'S

Corvasal 2 100 x 2

737,30
 1 min

PHARMACIE KOUTOUBIA
 Mohamed AARAF
 Docteur d'Etat en Pharmacie
 Leissement Messaoudia Rue 24 N°104
 Cité Diamas - Casablanca
 Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 87 90 91
 NPE: 92036664

Dr. Mohamed ALLAOUI
 20 Rue de France Ville - Oasis
 Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. Mohamed ALLAOUI
 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
 CASA - Oasis
 20 Rue de France Ville - Oasis
 Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - وازيس - زنقة فرانس فيل - 20
 Tél : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
 E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084
 N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

PHARMACIE KOUTOUBIA

Mohamed AARAB
Docteur d'Etat en Pharmacie
Lotissement Messaoudia, Rue 24 N°104
Cité Djemaa - Casablanca
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 82036804

Pharmacie koutoubia.

AARAB Mohamed-docteur d'Etat en pharmacie.

Lotissement Messaoudia, Derb My Bouchaib

Rue 24 ,n° 104 Cité djemaa Casablanca.

Tél: 0522373107/0522573924

IF: 49132260 / CNSS: 1191428/ RC: 193582/ PATENTE: 33803216.

I.C.E:001696455000085

Facture : Le 30/1/2023
M^r KHALIL Mohamed

Cardio Aspr ^e cp	→	27.70 x 01
Coveram 10/5mg cp	→	269.00 x 01
Rozat 10mg cp	→	147.40 x 01
flec ^o 4 cp	→	147.60 x 01
Adancar 10mg cp	→	72.80 x 02

T_c 737.30

Amater la present facture à la somme de:
sept cent trent sept dirhams et trent de

PHARMACIE KOUTOUBIA

Mohamed AARAB
Docteur d'Etat en Pharmacie
Lotissement Messaoudia, Rue 24 N°104
Cité Djemaa - Casablanca
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 82036804

☒ **valable 3 mois**

Le 01/11/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)