

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion / 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- 0053740

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8232 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MTRAJI SOUFIANE

Date de naissance : 93 12 1968

Adresse : Meme Adresse.

Tél. : 06 62 78 21 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr FOUAD LAYADI
Chirurgien
27 Rue Houcine N° 1, Quartier Gauthier
Fixe : 05 22 22 37 - Cell : 06 61 18 52 55
Tél : 09 10 32 235

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 : Le : / /

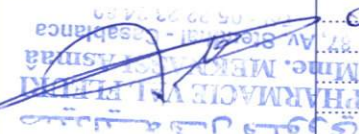
Signature de l'adhérent(e) :

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
05/01/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/23	4107,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/01/23	705	8084

AUXILIAIRES MEDICAUX

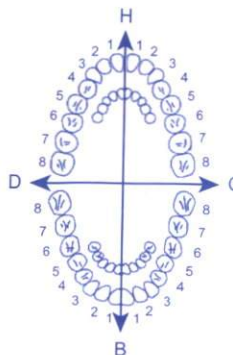
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Important :

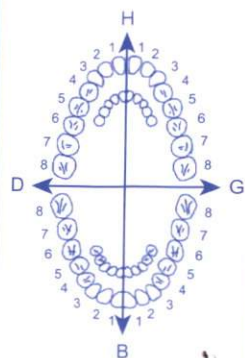
Veillez joindre les radiographies en

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DE TRAVAIL

FIN
D'EX

COE
DES

ME
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

oxyl
line

PPV:39DH80
PER: 06/25
LOT: L1900

AFTOUH
esponsable

DIFAL®
Diclofenac sodique 120 mg
Boîte de 10 Suppositoires
P.P.V. : 32,40 DH
6 304190363

57x25x105

3400

3000

3000

12280

Dr. Fouad LAYADI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie (EEG)

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ و الأعصاب

جراحة العمود الفقري ، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الدار البيضاء، في 08/01/83 Casablanca, le

Bel 175 rgi Layfranc

30.00x3

- Jucet op 32r (4's)

39.80 1 1 1 18 jun

- bonaxyl gl (4's) 506915

32.40 0 0 1 mm

- Difol supp 100 (4's) PHARMACIE VALLÉURIE 87, Av. St Michel Casablanca Tel : 05 22 22 24 80

12280x2 1 0 0

- Boco 40 (4's) 1 mm

407.80

23, Rue Taha Houcine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

23, Rue Taha Houcine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

Fixe: 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - E-mail : flayadi2000@gmail.com

Reçu patient

Dossier N° : AK486581



Examen (s) 05/01/2023
RX. RACHIS LOMBAIRE PROFIL FLEX /EXTE

Total : 800,00

Payé : 800,00 TPE

Solde : 0,00

Cachet et signature du cabinet

RADIOLOGIE ABOUMADI
www.radiologie-aboumadi.com

27,Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc
Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:

contact@radiologie-aboumadi.com

Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884
ICE : 001342320000052

**Veillez acquitter votre facture à la caisse
avant tout retrait de résultats et de
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 05/01/2023 à 12:12 par :

IBTISSAM

Patient : **EL MTRAJI SOUFIANE**

Age : 54 ans

Organisme :

N° CIN :

Médecin prescripteur : DR. LAYADI FOUAD

Médecin radiologue : DR_BERRADA_AZ_EL_ARAB

Dr. Fouad LAYADI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie (EEG)

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ و الأعصاب

جراحة العمود الفقري ، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 07/01/85 في الدار البيضاء،

Bel Mrogi Stefane

Dr Rocher le bon
dynamique en
flexion - extension



23, زقة طه حسين حي غوتي رقم 1 الدار البيضاء

23, Rue Taha Houcine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

Fixe: 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - E-mail : flayadi2000@gmail.com



Nom & prénom : EL MTRAJI SOUFIANE

FACTURE N° : 23/000363

Date : 05/01/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. RACHIS LOMBAIRE PROFIL FLEX /EXTE	800,00
	<u>Total Montant</u>
	800,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:
HUIT CENT DIRHAMS

REGLEMENT :TPE Le 05/01/2023

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

RADIOLOGIE ABOU MADI
27, Rue Ilya Abou Madi Gauthier
Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 Fax: 0522 47 40 09