

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° W21-763961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1908 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARROUN Rachid

Date de naissance : 07/09/55

Adresse : 06 dam Rabil Rue 12 N° 88 Res. Souad Apt 1

Tél. : 06 50 83 00 07 Total des frais engagés : 1856,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2023

Nom et prénom du malade : Rachid Charroun

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MORDRE DE CHAT

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 : 07/01/23

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
07/10/23	C3		400,00	INP : 090006284 DOUBRE REANIMATION BERRADA Ouissara BERRADA Wassaa BERRADA Youness BERRADA Anwar
	Pommes		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/23	3h1,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN NAFIS العيادة الطبية والاسعافات Radiologie & Imagerie Médicale RC : 002620012000030	07/10/23	Rx maxillaire	400,00
		Rx Mandibulaire	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/10/23					215,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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



ORDONNANCE

Dr. A. S. B.

Prme FACHAT AICHA

Augmentin 500 mg sachet

299,00

sachet x 3/

pol 7/

PPV: 222,00
LOT: 650366
PER: 08/24

Flagyl 500 mg cp

45,80

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd. Panoramique, Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01

LOT: 226016
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V. : 490H60
5 118000 060062

29,00

pedol cp

1 cp x 3/

22,00

47,80

DATON cp

1 cp x 3/

PPV: 47,80
EXP:
Lot N°:



ORDONNANCE

07/01/2013

Aicha Fochh

/ Rx main dk
F + 3/4

g Rx avant bras dk
F + ?

بن القيس
الطبيب والصيداني
IBN NAFIS
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030

GROUP REANIMATEUR
Dr BERRADA Oulissam
Dr HADDAD Wafaa
Dr LAFFRÈRE Youssef
Dr ARMEL Anwar



ORDONNANCE

07.01.2013

Mme FACHAT ANCOA

O Alien du pignol

LOCATED SERVICE SARL
247,00
Vente en magasin (G)
Non valide pour toute autre transaction
60, Boulevard Chandi - CASABLANCA
Tél: 05 22 96 22 22 - Fax: 05 22 94 20 40

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01

poli 10 Ti

GROUPE REANIMATEUR
Dr BERRADA Oulssam
Dr HADDAD Yafaa
Dr AFRIKH Youssef
Dr ARMEL Anwar

CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : PR. HADDAD WAFAA

CONSULTATION SPECIAL

N° : 2301071418470860 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A071315	FACHATE AICHA	07/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CB/004741	400.00
PAYANT	Total	400.00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MERYAM19

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd. Perforamicus - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 02 01

CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : PR. HADDAD WAFAA

CONSULTATION SPECIAL

N° : 2301071447400860 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A071315	FACHATE AICHA	07/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CB/004742	100.00
PAYANT	Total	100.00
CENT DIRHAMS		

Reçu établi par : MERYAM19

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panchamie - Casablanca
Tél : 05 22 77 74 40 & 41 (L.G)
Fax : 05 22 77 74 41

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 301 / 2023 du 07/01/2023

Nom patient **FACHATE AICHA**
PAYANT

Entrée 07/01/2023

Sortie 07/01/2023

CONSULTATION SPECIAL

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANSEMENTS	1,00	PANSEMENTS	100,00	100,00
FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
Total Clinique				200,00

DR. GARNAOUI HATIM (traumatologue)	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Autres prestations				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA

532, Bd
Tel: 05 2277 77 40
Fax: 05 2277 77 40



FACTURE N°:	90/2023
DATE FACTURE	07/01/2023
DATE EXAMEN	07/01/2023

FACHATE AICHA

Désignation	Montant
AVANT BRAS DROIT FACE+ PROFIL	400,00
MAIN DROITE FACE +3/4	400,00
<u>TOTAL</u>	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de HUIT CENTS DHS

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
IBN NAFIS
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030



Facture: VFE23-0004101

CASABLANCA Le, 07/01/2023

DEPOT GHANDI

Agent commercial : HAMZA.383

Mode de règlement :

TPE : 215.00

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : C23-0001064

MME AICHA FACHATE

0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
709D1	20	ORTHESE RHIZOIMMO DE POUCE DROIT T1	1	215.00	0	215.00	215.00

Code	Base	Taux	Montant
20	179.17	20	35.83
Total	179.17		35.83

Total HT 179.17

Total TVA 35.83

Total TTC 215.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de
TTC:

DEUX CENT QUINZE DIRHAMS

LOCAMED SERVICE SARL
Vente en Magasin (G1)
Non valide pour toute autre transaction
60, Boulevard Ghandi - CASABLANCA
Tél: 05 22 86 22 22/Fax: 05 22 94 20 40

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

Sidi Maârouf: Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maarouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal)

Tél : 05 22 33 57 89

RABAT

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Dion et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75**MOHAMMEDIA** Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49**SAFI** Marjane Safi, Fkih Abdessalam El Mestari / 05 24 62 31 69**BÉNI MELLAL** Carrefour Market, Boulevard Omar Ibn Al Khattab / 05 23 42 00 30**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13**TANGER** 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67**NADOR** Marjane Nador, route de Berkane commune Bouareg, Taouima / 05 36 38 33 99

07/01/2023, 15:43



CASABLANCA, le 07/01/2023

PATIENT: FACHATE AICHA**MEDECIN TRAITANT:** médecin réanimateur de garde**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE + 3/4****RESULTATS :**

- Absence de fracture nettement décelable.
- Intégrité des articulations.
- Absence d'anomalie suspecte.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

IBN NAFIS
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030



CASABLANCA, le 07/01/2023

PATIENT: FACHATE AICHA

MEDECIN TRAITANT: médecin réanimateur de garde

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DROIT FACE + PROFIL**RESULTATS :**

- Absence de fracture nettement décelable.
- Absence d'anomalie suspecte.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

IBN NAFIS
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030