

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

M22- 0034001

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02022 Société : RAM 159975
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Khouil Mohamed
Date de naissance : 15-01-56
Adresse :
Tél. : 0606034209 Total des frais engagés : 466,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2023
Nom et prénom du malade : Khouil Mohamed Age : 67 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL
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 : CASA Le : 09/05/23
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
13/04/2023	Cst+K5		3000H	Dr. Wafae Boussouda Spécialiste en O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale et Chirurgie Bouskoura
26/04/2023	contrôle graph			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Boussouda N° 2 Z.I. Gde Boussouda Casablanca Tél: 0522 59 00 64	13/04/23	133,40
	26/04/23	33,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

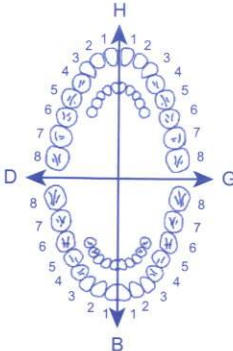
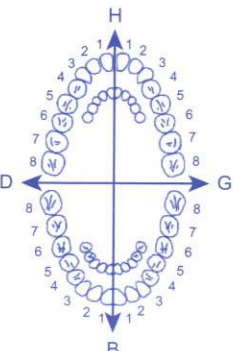
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr . BEN MALEK WAFÄÄ

**specialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale**

ex chef de service à l'hôpital ben m'sik
ex chef de service à l'hôpital baouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

إختصاصية في أمراض و جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بن مسيك
رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بوافي



Casablanca Le : 28/04/2023

Khaoul Mohamed



- Specte Solutie auricul
28th martie et sein
33,00

Dr BEN MALEK WAFÄÄ
Specialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale
Centre Bouskoura en Face Gendarmerie

Dr ABDELMALEK WAFÄÄ
DR ABDELMALEK WAFÄÄ
Lot N° 221 - Casablanca
Tél : 20 25 78 22 05

وسط بوسكورة، أمام مقر الدرك، عمارة الراشدي الطابق الأول رقم ٢، بوسكورة - الدار البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage 1 N° 2

Tél : 20 25 78 22 05 - Gsm : 04 95 64 29 06 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com

Dr . BEN MALEK WAFĀĀ

specialiste ORL et
Chirurgie Servicofaciale

ex chef de service à l'hôpital ben m'sik
ex chef de service à l'hôpital bouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

إختصاصية في أمراض و جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بن مسيك
رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بوافي

DUPLICATA

Casablanca Le 18/04/2023

Khairil Mohamed

92150

- Uliprox 500

1 cp 2 fois

40,9.0

- Anafred long

3 cp 1 j en 1 seule prise
après le sham (rep)

- Specter solution

auriculaire

2 gtt matin et soir

133140

PHARMACIE EL HAMD
DR ABDEL FADI FADIA Azzahra
Lot N° 2210 - Bou Bouakour
Casablanca

وسط بوسكورة، أمام مقر الدرك، عمارة الراشدي الطابق الأول رقم 1، بوسكورة - الدار البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage 1 N° 2

Tél : 20 25 78 22 05 - Gsm : 04 95 64 29 06 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com

روكس 500 ملغ

ساسين

LOT: M0944
PER: 01/2025
PPV: 52,80DH

حيوي واسع الطيف
بقو القم

صن ملبسة

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

100-107 النسخة المغربية زيبا دابل - دار البيضاء

Notice avant
le médicament
يجب قراءة النشرة بعناية قبل استعمال
الدواء
Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants
يحفظ بعيدا عن متناول و مرمى الأطفال

756.062.02.19

COOPER
PHARMA

LOT: A020474
PER: 07-2025
PPV: 33,00DH

LOT: M0968
PER: 02/2025
PPV: 40,90DH

مختبرات
ج. واجدي

100-107

NOTE D'HONORAIRES

N°	F2023-2328
Date	26/04/2023
Code patient	4409_2023

A l'aimable attention de : **Monsieur Khouil mohamed**


DETAIL DES ACTES	MM Dx	Prix
Consultation		200,00
MICROASPIRATION GAUCHE		100,00

Montant total:	300,00
Avances:	0,00

Traitement du : 26/04/2023 au 26/04/2023

Observations :

Arrêté la présente à la somme de: Trois Cent DH


Dr. BEN MALEK WAFIA
Spécialiste en Gynécologie
Centre de Référence pour les Maladies Sexuellement Transmissibles

Dr. BEN MALEK WAFIA