

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

- 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° W21-649726

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9232 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YASSINE MEUNEUE
 Date de naissance : 10/05/66
 Adresse : 8 rue Pantheon ETG 1 AP 11 RES RAMA
 27005 CASST
 Tél. : 0519 91 23 29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : Age : 23

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

Nature de la maladie : Onychomycose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : CASST Le : 17/07/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

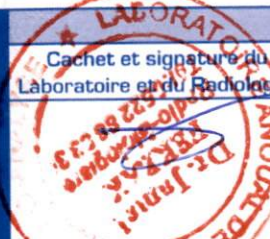
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/07/2023		Cs	200,00	 Hanane EL AARCHANI DENTISTE DIPLOMÉE DE BRUXELLES Tél / Fax: 0522 21 44 11 - Gsm: 0668 098 083

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Siham 31 et 34 lot, Omayy chok - Casablanca Tél: 0522 52 63 03	7/8/23	321,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

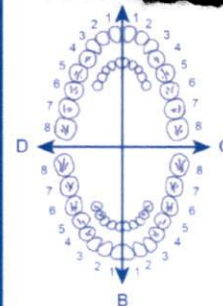
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Jamel ANALYSE DE RADIO- DENTOLOGIE Tél: 0522 88 63 33	17.07.23	B154	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

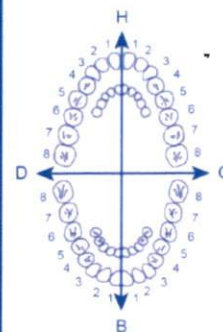
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

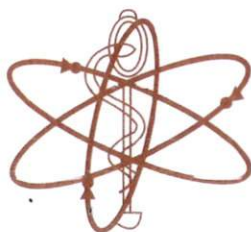
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Mlle Nada NOURAZIZ
Né(e) le : 07-12-1999
Dossier N° : **2307170036**
Date de l'examen : 17-07-2023
Prélevé le : 17-07-2023 11:12 en interne
Edité le : 07-08-2023

DR : Dr EL AARCHANI
Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BACTERIOLOGIE

EXAMEN MYCOLOGIQUE

(Cultures sur milieux Sabouraud-Choloramphénicol-Actidione)

Origine du prélèvement :

orteils pieds gauche

Examen cytologique

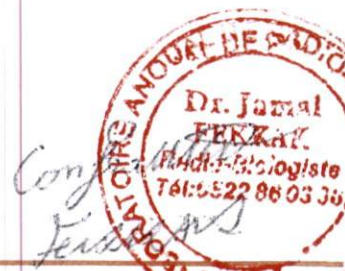
Examen direct :

Positive
Présence de quelques filaments mycéliens

Examen mycologique

Cultures :

Cultures stériles



Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2307170036

Mlle Nada NOURAZIZ

Demande N° 2307170036

Date de l'examen : 07-07-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Vol	Clefs
Examen mycologique rech. cult. ident		(E20)	E

Total des B :

TOTAL DOSSIER : 2006

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Centre de Podologie Californie

Hanane EL AARCHANI

Podologue

Diplômée de Bruxelles



مركز علاج أمراض القدم كاليفورنيا

حنان العرشاني

أخصائية في علاج أمراض القدم

خريجة معهد بروكسيل

Date : 17/07/2023

Nom et Prénom : NOURAZIA Nada

- Faire SVP un prélèvement
mycologique des ongles
des orteils pied gauche
(onychomycose)



Centre de Podologie Californie
Hanane EL AARCHANI
PODOLOGUE
Diplômée de Bruxelles
Tél / Fax: 0522 21 44 55 / 06 68 09 80 83

404, Angle Bd Al Qods et Bd Yafa, Résidence Safaa, 3ème étage Appt. 19,
Californie Casablanca

Tél : 0522 214 455 / 06 68 09 80 83

Email : c.podologie.californie@gmail.com

Centre de Podologie Californie

Hanane EL AARCHANI

Podologue

Diplômée de Bruxelles



مركز علاج أمراض القدم كاليفورنيا

حنان العرشاني

أخصائية في علاج أمراض القدم

خريجة معهد بروكسيل

Date: 07/08/2023

Nom et Prénom : NOUR AZIZ NADIA

l'ocery 1s Vernis

2x / semaine

3213



pour 3 mois

[Signature]

Centre de Podologie Californie
Hanane EL AARCHANI
PODOLOGUE
Diplômée de Bruxelles
Tél / Fax: 0522 21 44 55 - Gsm: 06 68 098 083

Pharmacie Sitam
Angle Rue 11 et Bd Mohammed VI
N° 64 Annexe Casablanca
Tél 0622 52 63 03

404, Angle Bd Al Qods et Bd Yafa, Résidence Safaa, 3ème étage Appt. 19,
Californie Casablanca

Tél : 0522 214 455 / 06 68 09 80 83

Email : c.podologie.californie@gmail.com