

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 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 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° W19-521928

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société : 174807
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENAMAR MHAMMED
 Date de naissance : 15-07-1953
 Adresse : HAY EL MOHAMMADI LOT EL OUAHDA RUE KHALED BEN OUALID N° 15 OUIDA
 Tél. : 06 11 87 25 96 Total des frais engagés : 2856,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SOUFI NORA
Radiothérapeute - Oncologue
INPE: 10111193

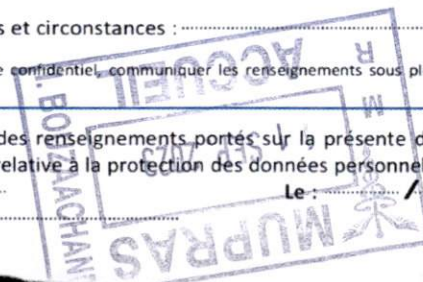
Date de consultation : 13/06/2023
 Nom et prénom du malade : ABDEL MOUMNI RACHIDA Age : 64
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer du sein

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 : OUIDA Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :



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
13/06/23	C-S		300 DH	INP : [] [] [] [] [] [] CENTRE ORIENTAL AL MINOY Dr SOUFI NORA Radiothérapeute - Oncologue INPE: 10121183

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.06.23	2139.00
	13.06.23	117.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/09/23	B 2a	300,00

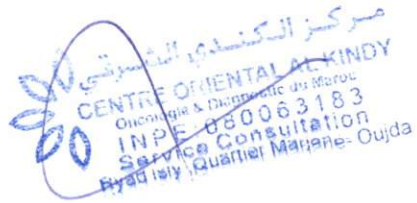
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
<p>H ↑ 1 2 3 4 5 6 7 8 ↓ B D ← → G</p>				INP : <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] </div>											
						Coefficient des Travaux									
						Montants des Soins									
						Début d'exécution									
						Fin d'exécution									
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<p>H ↑ 1 2 3 4 5 6 7 8 ↓ B D ← → G</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
					Coefficient des Travaux										
					Montants des Soins										
					Date du devis										
				Date de l'exécution											

CENTRE ORIENTAL AL KINDY

Oujda

0522 39 33 33 LG



Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-19-07-0053-061	RACHIDA ABDELMOUMNI	13/06/2023
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Consultation	300.00

Reçu établi par ANANE.B





مختبر التحليلات الطبية زوهير

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة Laboratoire certifié ISO 9001



Dr. Jaouhar ZOHEIR Médecin Biologiste.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy - France

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور جواهر زوهير طبيب أحيائي

خريج كلية الطب - نانسي - فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

FACTURE N° : 230900091

Date de l'examen : 04/09/2023

Mme RACHIDA ABDELMOUMNI

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B200	B

Total des B : 200

Prélèvement : 0 DH

TOTAL DOSSIER : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cents dirhams

Payée en espèces.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ZOHEIR
Dr. ZOHEIR JAOUHAR
Médecin Biologiste
OUJDA 25 09
Méd. 16 Août - 05 36 71 25 00
Place du 16 Août - 05 36 69 19 69 - Fax: 05 36 71 25 00
Tél.: 05 36 69 19 69

C



مختبر التحليلات الطبية زوهير

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة ISO 9001 Laboratoire certifié ISO 9001



Dr. Jaouhar ZOHÉIR Médecin Biologiste.

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy - France
- Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور جواهر زوهير طبيب أحيائي

خريج كلية الطب - نانسى - فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

Date de l'examen : 04/09/2023

Prescription : Dr NORA SOUFI

Mme RACHIDA ABDELMOUMNI

Dossier N° : 230904-0054

Né(e) le : 25/10/1958

Page 1 sur 1

BIOCHIMIE SANGUINE

24/05/2023

25-OH-Vitamine D (D2+D3) :
(Access 2)

26.89 ng/ml

(29.00-100.00)

16.27

Déficient : < 20

Insuffisant : 20 - 30

Suffisant : 30 - 100

Intoxication Possible : > 100

Vu l'absence d'études par manque de données suffisantes pour les valeurs élevées de la vitamine D.
les résultats de la vitamine D > 168.7 doivent être interprétés en tenant compte du contexte clinique.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ZOHEIR
Dr. ZOHÉIR
Médecin Biologiste
Place du 16 Août
Tél : 05 36 69 19 69 - Fax : 05 36 71 25 00

Place du 16 Août, (face à la CTM) - OUJDA - Tél.: 05 36 69 19 69 / 05 36 68 35 27 - Fax: 05 36 71 25 00

site web : www.laboratoirezoheir.ma - mail : contact@laboratoirezoheir.ma

Taxe Professionnelle : 10315204 - Identification Fiscale : 10314877 - ICE: 001709123000071 - C.N.S.S.: 6192348

13/6/2023

Mme Abdelmoumen Rachid

11 dosage de vit D

à faire le 13/6/2023

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALS ZOHEIR
Dr. Z. ZOHEIR
Place du 16 Août - Oujda
Tél.: 06 36 69 19 69 - Fax: 06 36 71 25 03

مركز الكندي الشرقي
CENTRE ORIENTAL AL KINDY
Dr. SOUFI NORA
Radiothérapeute - Oncologue
INPE: 121111103

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda
Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85

E-mail : contact@cok.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 33517 Patente : 10200963

13/6/2013

Dr. Abdelbennour Radiology

2139.00

Letustole GT (713.00 x 3)

2,5 mg ncp 1j

(SV)

T=2139.00

43 mois


 مركز الكندي الشرقي
 CENTRE ORIENTAL AL KINDY

Dr SOUFI NORA
 Radiothérapeute - Oncologue
 INPE: 101111193

PH. Dr. Rte 1
 Tel: 053...
 JPE...

ENNIS
 ddine
 - N°19
 OUJDA
 353

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda

Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85

E-mail : contact@cok.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 33517 Patente : 10200963

13/6/2023

Dr Abdelmoumen Rachid

17.00

Wedon

(1980x6)

comp / 158

path 3 min



PHARMACIE TENNIS
 Dr CHAY
 Rte M...
 83 - N°19
 02 - OUJDA
 Tel: 055...
 0555963

مركز الكندي الشرقي
 CENTRE ORIENTAL AL KINDY
 Dr SOUFINORA
 Radiothérapie - Oncologue
 101111193

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane – Oujda

Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85

E-mail : contact@cok.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 33517 Patente : 10200963

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



=> x 6 bed

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 92456
Per: 10/2025
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040



TECNIMED GROUP

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

Lot: 92323
Per: 07/2025
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale
30 comprimés pelliculés

Lot: 93095
Per: 02/2026
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040



TECNIMEDE-GROUP