

# 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

- Reclamation : 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon  
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° W21-830089

18968

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5218 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : BENABDELKAIM EC FILAL SAMIR  
 Date de naissance : 15/6/1960  
 Adresse : JANE CALIFORNIE VOUSSEA 11  
 Tél : 069650503 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 28/11/2023  
 Nom et prénom du malade : KENZY NERYEN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection neurologique  
 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|--------------------|---------------------------------|--|
| 29/11/23        |                   |                    | 3000,00                         | INP : 001214104  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                       | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ADDIAR<br>16-1 Rue 3 Addiar Al-Jadida<br>InChock-Casa-022-50.75.10 | 29/11/23 | 154,10                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE AL QUODS<br>Bd al quods N° 697<br>radiologiealquods@gmail.com<br>Tél: 05 22/21 43 43 | 30/11/23 | Echographie des reins        | 500,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|----------------------------|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|                            |  |                  |  | 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)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prosthèse  |                  |  | 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

Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

• خريج كلية الطب بباريس

• طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner MultiSlices  
• Dentascanner - Panoramique Dentaire  
• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale  
• Echographie-Doppler Couleur  
• IRM (Sur Rendez-Vous)

• Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sérologie)  
• Radiologie Numérisée  
• Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 01/12/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom KENZY MERYEM

Date d'examen : 30/11/2023

| Examens                 | Honoraires |
|-------------------------|------------|
| ECHOGRAPHIE DES EPAULES | 900,00 DH  |
| NET A PAYER             | 900,00 DH  |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**NEUF CENTS DH**

RADIOLOGIE AL QUODS  
Bd al quods n° 697  
Radiologiealquods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43

E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Vidéo Electroencéphalogramme "EEG"

Electroneuromyogramme "EMG"



المكتورة: الراجي لمياء

إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Dr. Lamia Raji Neurologue

Casablanca, le : 28/11/2023

des  
céphalogrammes  
pour  
tension ?

Dr. RAJI Lamia  
NEUROLOGUE  
Explorations Fonctionnelles EMG-EEG

RADIOLOGIE AL QUODS  
Bd al quods N° 697  
Radiologie: quods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43

119، شارع عبد المومن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1er étage N° 11 - Casablanca

الهاتف : 05 22 49 25 55 / 06 60 11 11 50 - Tél.: INPE : 091240101



# Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Video Electroencephalogramme "EEG"

Electroneuromyogramme "EMG"



الدكتورة الراجحي لمياء

إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 28/11/2023

Dr. RAJI Lamia  
NEUROLOGUE  
Explorations Fonctionnelles EMG-EEG  
119, Bd. Abdelmoumen - Tél : 05 22 49 25 55

Handwritten vertical text on the left margin, possibly a signature or date.

Handwritten name: *Kenzy Aoun*

Handwritten text: *EPYCA 10mg*

(S.V.)

60,10

Handwritten text: *Myeloflex*

(S.V.)

94,00

Handwritten text: *Dolham*

PHARMACIE ADDIAR  
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida  
UnChock-Casa-022-50.75.19

Handwritten text: *Solunetrol 10mg*

Handwritten text: *Inj / J pH 3*

Handwritten text: *Lansol*

(S.V.)

PHARMACIE ADDIAR  
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida  
UnChock-Casa-022-50.75.19

Dr. RAJI Lamia  
NEUROLOGUE  
Explorations Fonctionnelles EMG-EEG  
119, Bd. Abdelmoumen - Tél : 05 22 49 25 55

154,10

119، شارع عبد الحميد - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1er étage N° 11 - Casablanca

الهاتف : 091240101 - Tél.: 05 22 49 25 55 / 06 60 11 11 50

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

عن طريق الفم



14 كبسولة

GTIN: 06118001260850

LOT: 4145

MEG: 03 2023

EXP.: 03 2026

PPV: 94Dhs00



فوق

081 121 2023

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683