

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° W21-829827

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :


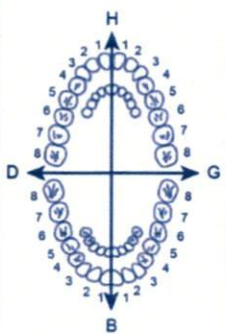
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/12/23	C.P.A.		250.00 DH	INF : 010061018

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	55,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/12/23	RX	200 DH

AUXILIAIRES MÉDICAUX						
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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<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		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Pharmacie siham
Angle Rue 31 et 32
N°44 Avenue Mohammed VI
Casablanca
Tél : 0522 52 63 03

Casablanca, le 20/12/13

Mr. El Hamzoui Houd

24 x 2

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



T = 55,40



1/4/15

[Signature]

Dr. Nadia AHARR
Anglais - Russe - Arabe

Pharmacie siham
Angle Rue 31 et 32
N°44 Avenue Mohammed VI
Casablanca
Tél : 0522 52 63 03



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازييس

Casablanca, le...

20/12/93

El Haggi Amay Ahmed

Caro Dr. Rami

RADIOLOGIE AL QUODS
1 al quods N° 697
Rm 15 22 21 43 43
Tél : 05 22 21 43 43
E-mail : alquods@gmail.com

Dr. Nodda AHARR
Assesseur - Assesseur



Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

• خريج كلية الطب بباريس

• طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner Multibarrettes

• 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 25/12/2023

NOTE D'HONORAIRES

Nom & Prénom EL HAMZI MOULAY AHMED

Date d'examen : 25/12/2023

Examens	Honoraires
RX THORACIQUE DE FACE	200,00 DH
NET A PAYER	200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DH

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

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

• **IRM HAUT CHAMP (1,5 TESLA)**

• Scanner Multislice

• Panoramique Dentaire

• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale

• Echo-Doppler Couleur

• Dentascanner

• Radiologie Interventionnelle

(Scanner, Echographie, Sénologie)

• Radiologie Numérisée

• Radio-Photo

Casablanca , le 25/12/2023

Patient : EL HAMZI MOULAY AHMED

Prescripteur: DR NADIA AHABR

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

RESULTATS :

Transparence parenchymateuse normale.
Silhouette cardio médiastinale normale.
Les culs-de-sacs pleuraux sont libres.
Cadre osseux sans anomalie.

CONCLUSION:

Radiographie thoracique normale.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://102.53.2.201:8088/images>
Login : 64919

Mot de Passe : 38515

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 / 06 65 66 57 67 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-12-2023

Facture N° 25508/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23L20145427

N° Identifiant : 052143/21

Nom & Prénom : M. EL HAMZI MOULAY AHMED

C.I.N : B294826

Adresse : HAY MANDAROUNA RUE 50 N° 21 AIN CHOK

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-12-2023

Date Sortie : 20-12-2023

Médecin traitant : DR . DR AHABRI NADIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
0,00						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR AHABRI NADIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						250,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 250,00

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré

[Handwritten signature and blue circular stamp]

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : c/c

NOM DU PATIENT : Mme EL HAMZI MOULAY AHMED

DATE DE NAISSANCE : 31/08/1956

CJO23L20145427

Reçu N°: 164240

Paiement du 20/12/2023 15h01

Actes

Montant 250,00 Dh

Numéro de compte 439375****5405

Nom de propriétaire c/c

Type de paiement TPE