

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° W21-822140

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12540 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : EL GHAZI ABDELMAJID
 Date de naissance : 08/09/1986
 Adresse : Rdg AMBER 2 3mm 6 Apt 11 Alhaz Casablanca
 Tél. : 06 76 07 78 06 Total des frais engagés : 749,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
136, Im. Faraj Appt. 7 Lot. Lina
Sidi Maaruf - Casablanca
Tél. 05 22 97 45 20 Fax: 05 22 97 20 27

Date de consultation : 25 OCT. 2023
 Nom et prénom du malade : EL GHAZI ABDELMAJID Age : 1986
 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 : Casa Le : 08/01/2024
 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
25 OCT. 2023	C2	1.25	500	INPE 091060590
	1.25			
	1.25			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/23	249,50

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

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

RELEVÉ DES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et le montant 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																
			DATE DU DEVIS []																	
			DATE DE L'EXECUTION []																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 22122
PER : 09/2025
PPV : 20,40 DH

N° 6 118001 271276
Tabunex® 0.05%
Furoate De Mometasone Anhydre
120 Pulvérisations Dosées
PPV : 102,10 DH

ET ORL



LOT n° : 224391
EXP : 09/2025
PPV : 40,00

LOT n° : 224391
EXP : 09/2025
PPV : 40,00

de Médecine de N
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou

Casablanca, le 25 OCT 2023

Dr SP Ghazi Abdoumouctam

20,40 (1) Dolygrippe : 1 sachet 30g



20,40 (2) Humex S.V. Nasal 2 pulv 30g

102,10 (3) Tabunex S.V. 2 pulv de soir

(4) Ultrac : 1 g/l. le matin

15,20 (5) Icam : 1 g B soir 30g

16,60 (6) Locapred gel 1 appl le soir

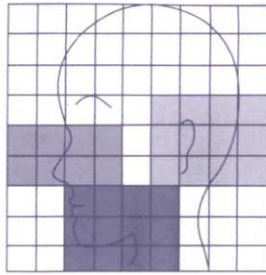


Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
135, Avenue de la Liberté, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - 0685 33 67 19
Email : elyacoubi.kh@gmail.com

CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé
Faculté de Médecine de Montpellier
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 02 NOV 2023

El Ghazi Abdelmoum

1 Clagen 250 1 g 1/2 5

32.90

2 Exoderil 100 4 g 1/2 15



2 weeks

3 Soluprel 2 3g 1/2 15

19.30



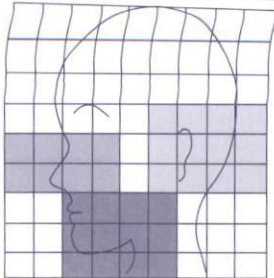
Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
135, mm. Faraj Lot. Lind
Sidi Maarouf - Casablanca
TEL: 0522 97 25 26 - INPE: 091060500

إقامة فرج، الشقة 7، سيدي معروف، الرقم 136 - 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA
Email: elyacoubi.kh@gmail.com

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé
Faculté de Médecine de Montpellier
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou

CABINET ORL



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 25 OCT 2022

NOTE d'HONORAIRES :

Je prie Mr, Mme : *M. El Ghazi Abdelmajid*

de croire à mes meilleures salutations et lui présente selon l'usage ma

note d'honoraires : *G + K Nettoyage et entretien*

Kir Imprimerie

Son

Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
135 Imm. Faraj Lot 114
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 0522 97 25 26 - INPE : 091060000

إقامة فرج، الشقة 7، سيدي معروف، الرقم 136 - الهاتف : 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - الدار البيضاء

Imm. Faraj (prés Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA

Email : elyacoubi.kh@gmail.com - TP : 36123148 - IF : 40706303 - CNSS : 2625567 - ICE : 1673640000043

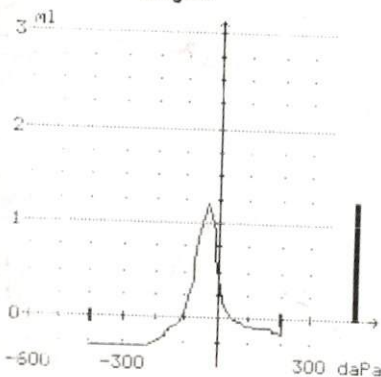
Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
135, Imm. Faraj Lot. Lina
Sidi Maârouf 20500 Casablanca
Tél.: 0522 97 25 26 - INPE : 091060590

Subject Data Printout

Id No.: _____ Date: 25 OCT 2023
Sex: _____ Age: _____
Name: Mr El Ghazi Abd. Mouqam
Address: _____
City: _____
State: _____
Country: _____
Phone: _____
E-mail: _____
Examiner: _____
Remarks: _____

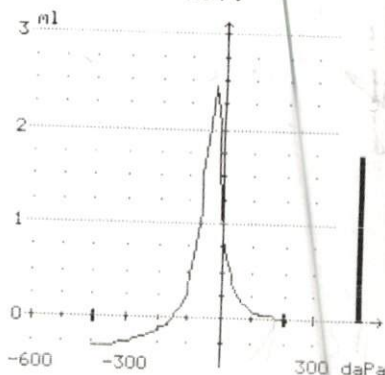
Tympanogram

Right



Ear Volume 1.25 ml
Compliance 1.23 ml
Pressure -38 daPa
Gradient 51 daPa

Left



Ear Volume 1.74 ml
Compliance 2.43 ml
Pressure -27 daPa
Gradient 51 daPa