

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037228

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5113 Société : 2.A.M

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : 2.2598

Nom & Prénom : ELZAHAF - YOUSSEF

Date de naissance : 06/03/2040

Adresse : 202598

Tél. : 0610-03-20-40 Total des frais engagés : 766,00 M\$ 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 : affection orthopédique

Affection longue durée ou chronique ? ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 28/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

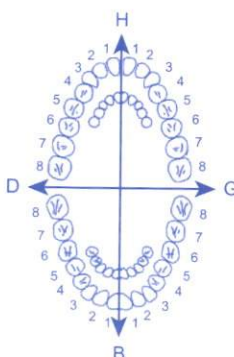
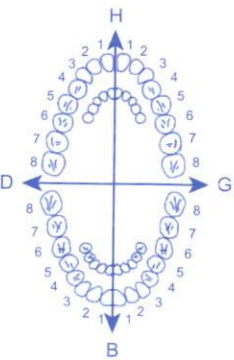
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
			<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													

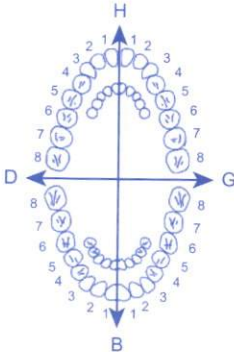
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION	


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	DATE DU DEVIS	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	DATE DE L'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
k = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro-Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 842728

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : _____
Matricule : 9113 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : _____
Tél. : _____ Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age : _____
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : affection orthopédique
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____
A Casablanca, le 29/01/24
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Dr. Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Centre"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karim@drkarim.ma

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 842728
Matricule N° : _____
Nom du patient : _____
Date de dépôt : _____
Montant engagé : _____
Nombre de pièces jointes : _____



MUPRAS

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
29.01.24	C ₂ + plotre		5000 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/1/24	66.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29.01.24	Remain D	2000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></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																							
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عاهد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
- Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقيومية
- خشونة المفاصل

Casablanca le :29/01/2024..... : الدار البيضاء في

MME BOUZIANE ZOUBIDA

- Oedes 20 mg - gélule
1 Gélule, matin, avant les repas, pendant 10 jours

- Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, midi, soir apres 12j

- Difal 50 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 7 jours

PPV: 22DH20
PER: 09/25
LOT: M2956

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
6 118000 190349

Dr. ÂHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Imm "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

18 شارع عبد المومن، إقامة غالي سانتر، طرامواي : محطة عبد المومن، المعاريف - الدار البيضاء،

18 Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center", Tramway : Station Abdelmoumen, Maarif - Casablanca 20000

☎ 212 05 22 98 95 90 ✉ Dr.karimahed@hotmail.com

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عاهد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
- Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقيومية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : 29/01/2024 : الدار البيضاء في

Facture N°: 1115

Date : 29/01/2024

Bénéficiaire : Mme Bouziane Zoubida

Mme BOUZIANE ZOUBIDA

Tél: 0678996587

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 29/01/2024				
RX	Radio de la main droite	1	200,00	200,00
PLT	Plâtre main	1	500,00	500,00
CNS	Consultation	1	0,00	0,00
			Total	700,00

Arrêté le présent document à la somme de :
sept cents dirham(s)

Dr. ÂHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Imm "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

18 شارع عبد المومن، إقامة غالي سانت، طرامواي : محطة عبد المومن، المعاريف - الدار البيضاء،

18 Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center", Tramway : Station Abdelmoumen, Maarif - Casablanca 20000

+212 05 22 98 95 90 Dr.karimahed@hotmail.com

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عاهد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
- Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقيمية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : 29/01/2024 الدار البيضاء في :

MME BOUZIANE ZOUBIDA

RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE

- fracture complexe légèrement déplacée de la base de P1 du 5e doigt
- pas de luxation

Dr. ÂHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

18 شارع عبد المومن، إقامة غالي سانتر، طرامواي : محطة عبد المومن، المعاريف - الدار البيضاء،

18 Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center", Tramway : Station Abdelmoumen, Maarif - Casablanca 20000

+212 05 22 98 95 90 Dr.karimahed@hotmail.com

Dr Karim Âhed

الدكتور كريم عاهد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
 - Chirurgie Traumatologique.
 - Chirurgie Orthopédique.
- Suivi de la Maladie Arthrosique.



DR. AHED
KARIM

- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقيمية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : 29/01/2024 الدار البيضاء في :

PLI CONFIDENTIEL

NOM et PRENOM : Mme BOUZIANE ZOUBIDA

CLINIQUE: fracture base P1 5e doigt droit

TRAITEMENT : plâtre 4 semaines suivi de syndactylie

DUREE : 28j

Dr. ÂHED Karim
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
18, Bd Abdelmoumen, Imm "Ghali Center"
Casablanca
Tél: 0522 98 95 90
Email: dr.karimahed@hotmail.com

18 شارع عبد المومن، إقامة غالي ساتر، طرامواي : محطة عبد المومن، المعاريف - الدار البيضاء.

18 Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center", Tramway : Station Abdelmoumen, Maarif - Casablanca 20000

+212 05 22 98 95 90 Dr.karimahed@hotmail.com