

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 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° W21-612392

68962

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0310 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : El Ourgani Hicham
 Date de naissance : 17/09/67
 Adresse : Impasse SBAOUSSE Im R19 Apt 12 Beausjour
 Tél. : 06 21 44 485 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29 AVR. 2021
 Nom et prénom du malade : El Ourgani Ouhamed Age : 37
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Sinusite
 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 : 28/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDR n° A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dat#s des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/3/21	ACS		300,00	100035848

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ANDALOUS	22/3/21	397,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie AL ANDALOUS	22/3/21	F&S Radio	100,00

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 canalaires, 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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelali BOUDLAL

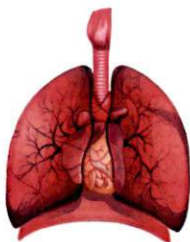
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Brest-France

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

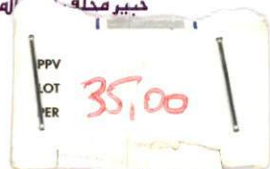
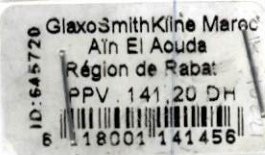
الدكتور عبد العالي بودلال

اختصاص في الأمراض الصدرية
الربو - الحساسية - داء السل
خريج كلية الطب بباريس
فرنسا

خبير محلف بالمحاكم



Salé, le 22/3/2024



Dr. EL Ojargani

500

Pharmacie AL ANDALOUS
Dr. Abdelali BOUDLAL
Hay Salam, Salé - Tél: 0537 80 30 30

141,20 x 2 = Zinnat 500 2 bo

282,40

34,70 = Berof 50

35,00 = Sipromax 20 3

45,20 = Xyzal 5

397,30

2, Avenue Med V. Imm. Had Essaid. 1 er étage - Tabriquet - Salé
Tél: B. 05 37 86 11 32 (sur Rendez-vous)

Docteur Abdelali BOUDLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

Asthme - Tuberculose - Allergie

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Brest - France

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العالي بودلال

اختصاصي في الأمراض الصدرية

الربو - الحساسية - داء السل

خريج كلية الطب بباريس

فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

سلا، في: 22/3/2012

El Ouargani
Sâad

Compte Rendu

Rachis Pouvant Faire

Image Thoracique et Pulmonaire
normale

دكتور عبد العالي بودلال
Docteur Abdelali BOUDLAL
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Respiratoire
2, Av. Med V. Imm. Had Essaid, 1er étage,
Tabriquet - Salé - Tél: 05.37.86.11.32

2، شارع محمد الخامس، عمارة الحظ السعيد، الطابق 1 - تابريكت - سلا

2, Avenue Med V, Imm. Had Essaid, 1er étage, Tabriquet - Salé

Tél.: 05 37 86 11 32 (sur Rendez-vous)

Docteur Abdelali BOUDLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

Asthme - Tuberculose - Allergie

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Brest - France

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العالي بودلال

اختصاصي في الأمراض الصدرية

الربو - الحساسية - داء السل

خريج كلية الطب بباريس

فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

Salé, le 22 13121 : سلا في

El Ouangam
Saâd

Honoraires
200 Radios Pleurmo Face
à 100,00 Dh

Docteur Abdelali BOUDLAL
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire
2, Avenue Med V, Imm. Had Essaid, 1er étage, Tabriquet - Salé
Tél.: 05 37 86 11 32 (sur Rendez-vous)

PPV 34DH70

EXP 10/2023

LOT 08029 1

PECTRYL[®]

**SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP**

250 ml

Handwritten blue ink markings at the top of the box, including a stylized 'J' and the number '60'.

LOT 201468 2

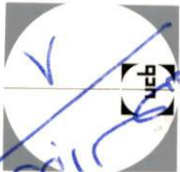
EXP 06 2024

PPV 45 20

Handwritten red ink number '45120'.

Xyzall 5 mg

Dichlorhydrate de Lévocétirizine*



Xyzall 5 mg



14 comprimés pelliculés

Non remboursable AMO



6 118000 021582