

## 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

- 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° W21-631264

80402

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10461

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ASSERHINE Abdeljalil

Date de naissance : 14/10/1984

Adresse : 02 Rue ALHAMBRA Berrechid

Tél : 0662 77 9145

Total des frais engagés : 5482,4

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/11

Nom et prénom du malade : ASSERHINE Abdeljalil

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Casier

☐ 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 : Nouadhibou

Le : 11 / 08 / 2011

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A.A.215/2019

08/06/11  
ASSERHINE Abdeljalil  
Spécialiste en O.R.L. Casablanca  
52, Bd Zerktouni - Casablanca 20000  
Tél: 05 22 77 91 44 - 05 22 22 78 18  
MUPRAS  
11 08 2011

# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

6.08/06/2021  
 facture usin  
 différé 1879/21  
 1829,00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMA SANE Angle Rue Okba Bnou Nafi & Rue Medina - Berrechid Tél: 05 22 33 77 77	14/06/21	380,00
	08/06/21	273,40

## 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

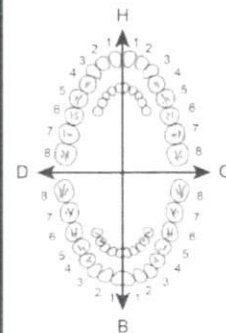
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

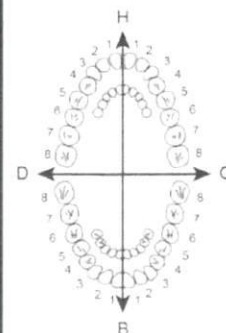
H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]

MONTANTS DES SOINS [ ]

DATE DU DEVIS [ ]

DATE DE L'EXECUTION [ ]



[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Brahim EL'WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

Maladies et Chirurgies du :

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

**الدكتور إبراهيم الوافي**

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

14 JUN 2021

ASSE BRATINE ABDELJALIL

190,00<sup>2</sup>

Aeromax (2 flacons)

2 pulverisations nasales le matin et 3 fois

380,00

PHARMACIE FATIMA SANTE  
Angle Rue Okba Bnou Nafii  
& Rue Medina - Berrechid  
Tél: 05 22 33 77 77

Dr. Brahim EL'WAFI  
Specialiste en O.R.L.  
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni 1er Etage  
(Face Marché aux Fleurs) - Casablanca  
Tél.: 0522 22 61 17 / 0322 47 12 44



عمارة الرضا - 52 شارع الزرقطوني - الطابق الأول (أمام سوق الورود) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - الفاكس : 05 22 22 61 77

Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - Fax : 05 22 22 61 77

**Docteur Brahim EL'WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

Maladies et Chirurgies du :  
Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

**الدكتور إبراهيم الوافي**

إختصاصي في أمراض وجراحة  
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le 08/6/2024 في الدار البيضاء،

**ASSERRHINE Abdeljalil**

139.50

**Lovanic 500**



1 cp 4j

pd 40 j



75.50

**phynomer**

1 pulvérisation nasale 3x

58.40

**Effipred 20**

3 cp le matin pd 4j



273.40

**Dr. Brahim EL WAFI**  
Specialiste en O.R.L.

Espace Erreda 52 Bd Zerkouni 1er Etage  
(Face Marché aux Fleurs) - Casablanca  
Tél : 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44



130,40

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 75 50 DH



Gently Cuts  
Helps to breathe  
Prevents colds

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 01/2024  
LOT 0001918

عمارة الرضا - 52 شارع الزرقطوني - الطابق الأول (أمام سوق الورود) - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44 - الفاكس : 0522 22 61 77  
Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - Fax : 05 22 22 61 77



Clinique Al Massira

مطبة المسيرة

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca

Tél. : 05 22 39 40 41 (6 LG) - Fax : 05 22 39 14 15

## Reçu d'acompte

0001009 /19

Nom : ..... ASSERRHINE

Prénom : ..... ASSELJALIL

Docteur : ..... D<sup>r</sup> ELWAFI

Diagnostic : .....

Montant : ..... 1.829,00 Dn.

Le : ..... 09/06/21

Encaisseur :

**CLINIQUE AL MASSIRA**  
Signature :  
5, Rue Ahmed MOKRI N°4 - Casablanca  
Tél : 05 22 39 40 41  
05 22 39 14 15





# مختبر التشريح المرضي شارع كللمية Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



**Dr Fadoua El Mansouri**

Professeur en Anatomie Pathologique

**الدكتورة المنصوري فدوى**

أستاذة في التشريح المرضي

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : **MASSERRAHINE Abdeljalil**

Médecin prescripteur : **Dr EL WAFI**

Age : **1964** Date du prélèvement : **08.06.21**

Renseignements cliniques et para cliniques :

**parotite bilaterale**

Siège et nature du prélèvement :

**des sinus Maxillaires et Mandibulaires**

Examen cytopathologique :

FCV ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

Date des derniers règles : Parité :

Traitement en cours :

Signature et Cachet du Médecin

**Dr. EL WAFI**

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochimie - Extemporane - Immunohistochimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca

à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed

Tél./Fax : 05 22 26 35 35 Urgences : 06 14 88 11 88 E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

MP 10464

ND 73195



Le 4 juin 2021

CLAL MASSIRA CASA  
5 RUE AHMED MOKRI  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE**  
**N/REF : 20211550009945**  
**Adhérent : ASSERRHINE ABDELJALIL**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELJALIL ASSERRHINE.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 15200.00 MAD.

- Part Mutuelle : 9212.00 MAD
- Part Adhérent : 5988.00 MAD ✓

Validité de prise en charge : du 04-06-2021 au 04-09-2021.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDELJALIL ASSERRHINE.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations

K 120 - K 120/2



**NOTE AU DESTINATAIRE :** La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.  
Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.

# CLINIQUE AL MASSIRA.

## F A C T U R E

N° : 1875 / 2021 du 08/06/2021

Nom patient **ASSERRHINE ABDELJALIL**  
**PAYANT**

Entrée 08/06/2021

Sortie 09/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
DIFFERENCE	1,00		4 829,00	4 829,00
			<i>Sous-Total</i>	4 829,00
<b>Total Clinique</b>				<b>4 829,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE HUIT CENT VINGT-NEUF DIRHAMS

**Total 4 829,00**

**CLINIQUE AL MASSIRA**  
5, Rue Ahmed Mokri  
Tél: 06 61 39 41 41 - 05 22 39 14 15  
INP: 090002254



# CLINIQUE AL MASSIRA.

## D E V I S

Date 03/06/2021

N° : 210603164113JF

Nom patient : ASSERRHINE ABDELJALIL

Prise en charge : MUPRAS

Traitements PANSINUSITE  
PANSINUSITE BILATERAL

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	2		400,00	800,00
BLOC	180 K		25,00	4 500,00
K CHIRURGICAL	180		30,00	5 400,00
K ANESTHESIE	90		30,00	2 700,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>13 400,00</b>
MEDICAMENTS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE	180		10,00	1 800,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 800,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
QUINZE MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total devis 15 200,00

CLINIQUE AL MASSIRA  
5, Rue Ahmed Mokri  
Tél: 06 61 39 40 41 - 09 22 39 14 15  
INP: 090002254