

# 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.

## Diagnostique 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 Mail's 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

No P19- 054433  
MUPRAS RECEPTION  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres  
84899

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA  
Date de naissance : 23-12-1957  
Adresse : 112 Lot EL WAFA H DEROUA  
Tél. : 0663072895 Total des frais engagés : 876,4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien  
5, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

Date de consultation : 15/09/2021  
Nom et prénom du malade : AZMI EL MOSTAFA Age : 23/12/57  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Numb  
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 : DEROUA Le : 20/09/2021  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/09/21        |                   | 1                     | 30010                           | <b>Dr. Aziz CHAFIQ</b><br><b>Neurochirurgien</b><br>51, Bd. Rahat El Meskini - Casablanca<br>Tél: 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE EL OUMOUMA</b><br>44 lotissement el wafaa<br>Dékoua<br>Fix : 05 22 53 20 54 | 15/9/21 | 455,30                |
|  | 12/9/21 | 27,10                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

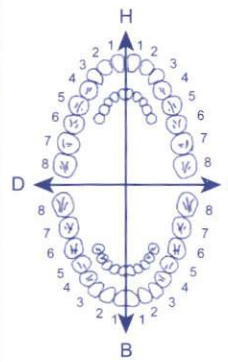
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

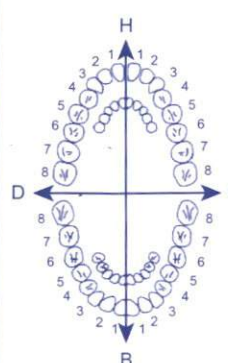
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| 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   |                    |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|---|---|--------------------|---|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|-------------------------|
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | H                  |   | G | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | H   |                    | G |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 25533412  | 21433552           |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 00000000  | 00000000           |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | D   |                    | G |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 00000000  | 00000000           |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 35533411  | 11433553           |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | B   |                    |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

**Docteur Aziz, CHAFIQ**

**NEUROCHIRURGIEN**

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

**Sur Rendez-Vous**

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ

والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابقا بالمستشفى الجامعي ببيستر (باريس)

**بالموعد**

Casablanca, Le 15.09.2019 في الدار البيضاء.

AM, El Jorj

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

PPV: 61DH50  
PER: 06/24  
LOT: K1821

49,48

49,49

49,40

PPV: 61DH50  
PER: 04/24  
LOT: K1099

49,40

18,70

LOT 21001  
PER 06/25  
PPV 120DH50

PPV: 14DH00  
PER: 06/24  
LOT: K1762





PHARMACIE EL OUMOUNA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

Le 17/9/21

Facture N° 70

M. AZEM EL QATAFA

| Quantité | désignation        | Prix             | Montant |
|----------|--------------------|------------------|---------|
|          | Doliprane 1g/500mg | 14,00            |         |
|          | Doliprane 1g/500mg | 14,00            |         |
|          | Codoliprane        | 22,10            |         |
|          | Clazene 100mg      | 20,10            |         |
|          |                    | <del>71,10</del> |         |

20,50

PPV: 14DH00  
PER: 05/24  
LOT: K1367

PPV: 22DH20  
PER: 03/27  
LOT: K650

