

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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° M21- 0053842

90107

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OURH2AL AHMED

Date de naissance : 06/09/65

Adresse : 33 lot SIHAMI RUE 5 APPT 7 CALIFORNIA

CASA

Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 5354,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2025

Nom et prénom du malade : OURH2AL AHMED

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Douleur de cheville

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 : CMN Le : / /

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
19/09/2021	Verfall	3000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie Casa Tél: 05.22.21.98.94	29/05/21	854,80

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
	29/09/2021	AM	
	24/10/2021	PC	
		LM	
		LM	

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 d

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

D	H	G	B	
25533412	21433552	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
00000000	00000000	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
35533411	11433553			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie 1 Californie
Casa. Tél: 05 22 21 35 91 22 21 98 94

Casablanca, le

28/09/2021

JOURNAL Ahmed

45.80 x 2

1) Flagyl 500

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
Lot: 216002
P.P.V: 490H80
PER: 01/2026
6 118000 060062

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 490H80
6 118000 060062

1 cp x 3/0
123.56

2) Genta 160

1 x 5/5
222 x 2 + 126

3) Augmentin 1g

1 sachet x 3/5
22.00

4) Ceclol cp

39.79 cp x 3/5

5) Fucidine 2%
pommade Tube de 15 g
39.70

PPV 123DH50

EXP 03/2023
LOT 9/034 1

PPV: 222.00 DH
LOT: 646256
PER: 08/22

PPV: 222.00 DH
LOT: 646256
PER: 08/22

PPV: 126.30 DH
LOT: 646018
PER: 05/22

22.00

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39.70

URGENCES 24 / 24

Dr. OUZIF Mohamed Amine

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Chirurgie des maladies osseuses et Rhumatologiques

Ostéoporose, PRP

Chirurgie Prothétique - Arthroscopie

Spécialiste en chirurgie de la main et du pied

Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne

Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd

Ancien Interne de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)

Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Egine (Champigny sur marne)

Membre de la société française de Traumatologie-Orthopédie



الدكتور اوزيف محمد امين

أخصائي في جراحة المفاصل و العظام

- امراض المفاصل و العظام

- هشاشة العظام - العلاج بالبلازما

- الجراحة القهويضية - الجراحة بالمنظار

- متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية الطب

- الصوريون - باريس

- طبيب سابق في مستشفيات اليد بباريس

- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

- طبيب سابق بمستشفى روبر بالونجي

- طبيب سابق بمستشفى بول ديجين

- عضو بالجمعية الفرنسية لجراحة المفاصل و العظام

Ordonnance

Le 29/09/2021

OUZIF Ahmed

norme de chien avec
plaies profondes

pro-seint (15/2)
(n° 15)

Dr OUZIF Mohamed Amine
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
N°2 Immeuble 34, Bd Al Qods - Résidence Addamane - Ain Chock, Casablanca
Tel : 05.22.87.33.57 GSM : 06.61.67.14.41 E-mail : dr.ouzif@gmail.com

N°2, Immeuble 34, Bd Al Qods - Résidence Addamane - Ain Chock, Casablanca.

رقم 2، عمارة 34، شارع القدس إقامة، الضمان عين، الشق الدار البيضاء

Tel : 05.22.87.33.57 GSM : 06.61.67.14.41 E-mail : dr.ouzif@gmail.com



مصلحة إسماعيل

Casablanca 24/10/2021

Facture

Nom du patient : MR OUDHAL AHMED

Infirmier : T. OUDHAL SMAIL

Médicament :

ACTE : soins de plaie sous perfusion

Jour : 15 jours

Montant : 1500,00 DH

ICE : 001959252000019

INFIRMERIE SMAIL
INFIRMIER POLYVALENT
Sidi Moumen Jdid Rue 42
N° 12 Casablanca
GSM : 06 66 60 64 36

Infirmier Smail

sidi Moumen Jdid Rue 42, N° 12 Casablanca

GSM : 06.66.60.64.36 - IF : 18784612 - Patente : 330048221

ICE : 001959252000019

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202109343	29/09/2021	M. OURHZAL Ahmed	Payant	29/09/2021	29/09/2021

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FORFAIT			1	3 000,00	3 000,00
TOTAL CLINIQUE					3 000,00

AUTRES PRESTATIONS

TOTAL AUTRES PRESTATIONS					0,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS MILLE DIRHAMS	TOTAL GENERAL	3 000,00
---	---------------	----------

SERVICE URGENCE
CLINIQUE DAR SALAM