

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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° P19-

046297

90350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42 17

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KA HAL LAHIN MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TISSER 2

BERRECHIDJ

Tél. : 0706759374

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHAALACHA Aoufouf Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : KC bas ventricule

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 : DARRAGA

Le : 01/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

IRE

Cachet et signature du Médecin attestant le Polement des Acres

Dr. Richard Dabbitan
Chirurgien Digestif - Gastro-entérologue
22, Rue Najib Mahfoud - Paris 13
Tél : 05 22 22 43 78 - Fax : 05 22 16 26 94
site web : richarddabbitan.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lotissement Bourhal Berrechid 132.61.19	18/10/2021	70.00
VIA SERVICES 50, Angle Rue Oued Malouya Magasin N° 2 - Lotissement Bourhal - Berrechid	20/10/2021	1600.00

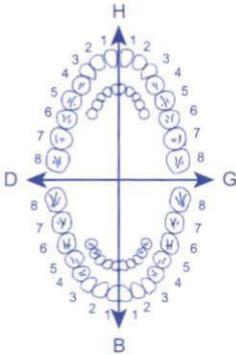
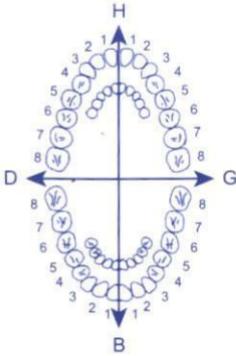
Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> 00000000 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	[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

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 canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Richard ABITTAN

EXPERT EN CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

CHIRURGIE DIGESTIVE
ENDOCRINIENNE ET VASCULAIRE

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ
CENTRE DE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

الدكتور ريشار أبيتان

خبير في الجراحة بالمنظار

جراحة الجهاز الهضمي
جراحة الغدد و الشرايين

جراحة السمنة
مركز معالجة السمنة

Dr. KAHALOUA Juste

30,000
21. PARA SAMLALI
48, Rue Oued Malouiya
Lotissement Bourahal Berrechid
Tel: 0522 32 61 19
Calestano
VIA SERVICES
50, Angle Rue Oued Malouiya
Magasin N° 2 - Lotissement
Bourhal - Berrechid
20 x 300dh
= 6000dh
Σ = 14000dh

40,00
21. PARA SAMLALI
48, Rue Oued Malouiya
Lotissement Bourahal Berrechid
Tel: 0522 32 61 19
Seyfuts
VIA SERVICES
50, Angle Rue Oued Malouiya
Magasin N° 2 - Lotissement
Bourhal - Berrechid
20 x 400dh
= 8000dh
Σ = 7000dh

Calestano

Huber

PARA SAMLALI
48, Rue Oued Malouiya
Lotissement Bourahal Berrechid
Tel: 0522 32 61 19

VIA SERVICES
50, Angle Rue Oued Malouiya
Magasin N° 2 - Lotissement
Bourhal - Berrechid
Dr. Richard ABITTAN
Chirurgien Digestive de l'Obésité
22, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tel: 05 22 22 43 78 - Fax: 05 22 48 36 42
Site: www.richardabittan.com

L. 18. 10. 24

☐ valable 3 mois

Le 18 / 10 / 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. Kamal LAHBABI ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE (1)
Certifie que Mlle, Mme, M. :	SARAH ADWA MUSTAPHA
Présente	<u>un adénocarcinome du bas rectum</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

VIA SERVICES SARL AU

Code: CDC
CLIENT COMPTOIRE

FACTURE

BERRECHID

Facture n°	Date	Mode paiement	Réf bon de livraison				
20210501	20/10/2021		20214312	20213852	20214720	20214719	
			20214987	20215292	20215406	20215709	
			20215965	20216064			
Code article	Désignation	Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	2	30.00	0.00	20	60.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	1	40.00	0.00	20	40.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	2	40.00	0.00	20	80.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	2	30.00	0.00	20	60.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	2	40.00	0.00	20	80.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	2	30.00	0.00	20	60.00	
5708932514675	COLOPLAST -POCHETTEE- TRANSPARANTE REF10387 (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 18/02/2024	1	30.00	0.00	20	30.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	1	40.00	0.00	20	40.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	1	30.00	0.00	20	30.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	1	40.00	0.00	20	40.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	1	30.00	0.00	20	30.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	2	40.00	0.00	20	80.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	2	30.00	0.00	20	60.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	2	40.00	0.00	20	80.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	2	30.00	0.00	20	60.00	
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	1	40.00	0.00	20	40.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	1	30.00	0.00	20	30.00	
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	2	30.00	0.00	20	60.00	

1 / 2

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
TEL: 0522 32 47 24 FAX: 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383

VIA SERVICES SARL AU

Code: CDC
CLIENT COMPTOIRE

FACTURE

BERRECHID

5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM)	2	40.00	0.00	20	80.00
	DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023					
5701780832786	COLOPLAST PATE	1	200.00	0.00	20	200.00

VIA SERVICES
50, Angle Rue Oued Malouiya
Magasin N° 2 Lotissement
Bourhal - Berrechid

Total HT	Total TVA	Total TTC	Net à payer
1 033.33	206.67	1 240.00	1 240.00

2 / 2

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
TEL: 0522 32 47 24 FAX : 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383

VIA SERVICES SARL AU

Code: CDC
CLIENT COMPTOIRE

FACTURE

BERRECHID

Facture n°	Date	Mode paiement	Réf bon de livraison			
20210502	20/10/2021		20216087			
Code article	Désignation	Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC
5708932105675.	COLOPLAST -POCHETTEE- DISCRETE REF10367 (70 MM)	4	30.00	0.00	20	120.00
5708932514699	COLOPLAST - SUPPORT- (70 MM) DATE DE PEREMPTION LE 09/12/2023	6	40.00	0.00	20	240.00
<p>VIA SERVICES 50, Angle Rue Oued Malouiya Magasin N° 2 - Lotissement Bourhal - Berrechid</p>						
Total HT	Total TVA	Total TTC	Net à payer			
300.00	60.00	360.00	360.00			

1 / 1

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
TEL: 0522 32 47 24 FAX : 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383

Sté PARA SAMLALI

Parapharmacie & produits cosmétiques

ICE :000091962000032

CLIENT : KAHALLAHIA MUSTAPHA

18/10/2021

FACTURE : 200/2021

Désignation	Qté	P.U	Total
POCHE COLOSTOMIE	1	30.00	30.00
SUPPORT COLOSTOMIE	1	40.00	40.00

Montant TTC : 70.00

Dont TVA 20% : 11.66

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : soixante dix dhs

PARA SAMLALI
8, Rue Oued Malouiya
Lotissement Bourahal Berrechid
Tél: 0522.32.61.19