

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

- 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° P19- 061163

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7396 Société : 101694

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : ZAHID NAZHA

Date de naissance :

Adresse : Rés. Nizar 4 IMC 106 Apt 106 AN Pélou Ben Berka
Benyoussef GASA

Tél. : 0666 19 15 58 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 01 / 2022

Nom et prénom du malade : TIGERAF NADSI Age :

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

Nature de la maladie : Traumatisme de pied droit

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 : GASA Le : 04 / 01 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-061163

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7396

Nom de l'adhérent(e) : ZAHID

Total des frais engagés : 657.40 DH

Date de dépôt :

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
04/11/21			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Corniche 19, Bd. Moulay Youssef CASABLANCA Tel/Fax: 05.22.27.67.03	04/11/21	57,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/11/21	Rx	300

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

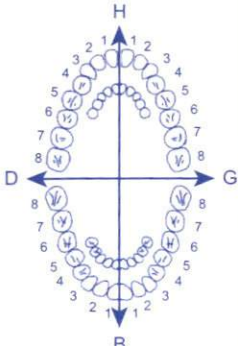
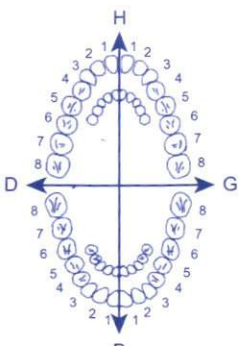
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 24.11.2021

TERRAK MEHDI

① Cetamolyl



Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
Dr. A.T.T.A. El Maoui

17,90

1 - 1 - 1

② Difal



Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03

44,90

1 - 0 - 1

Dr. Issam GUERROUHI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. 9 Avril

17,40

30 قرصا

عن طريق الفم

ديفال

ديكلوفيناك صديومي

50 ملغ

مسكن الآلام
ضد الالتهاب

شالينيكا

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير وكيفية الإستعمال :
اقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste II

احترموا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

30 comprimés

Voie orale

DIFAL®

diclofénac sodique

50 mg

ANTALGIQUE
ANTI-INFLAMMATOIRE

GALENICA

COMPOSITION :

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

Diclofénac sodique 50 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.
Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.
Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

مختبرات شالينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

الآلام والحمى

سيتاميل[®]

باراسيتامول 1000 ملغ

شمالينيك

أقراص
عن طريق الفم

10

Posologie :

Lire notice. En général :

Adultes et enfants à partir de 15 ans (50 kg) : 1/2 à 1 comprimé
par prise à renouveler toutes les 4 heures sans dépasser 4 g / jour.

مختبرات كآلينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال -

المقادير وكيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

Indications - Contre-indications -

Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure

Douleurs et Fièvre

CETAMYL[®]

PARACETAMOL 1000 mg

10

comprimés
Voie orale

GALENICA

Composition : AMM N° : 222/17/DMP/21/NRQ

Paracétamol 1000 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

CETAMYL[®] 1000 mg ○
PARACETAMOL
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/11/2021

FACTURE N° 10034/21

Mr TERRAF MEHDI

Consultation	300 DH
Radiographie	300 DH
TOTAL	600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de

// Six cent Dirhams //

CLINIQUE ZERKTOUNI
D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE
Service de Radiologie
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril
20100 CASABLANCA



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/11/2021

Mr TERRAK MEHDI

Incidence:

- Pied droit de face+3/4

Compte rendu radiographique :

avancée fracture du scapulo
pied 3/4

Dr. Issam GUERROUJ
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
14, Bd. 9 Avril et Méd. Abdou

visionPACS

Im 1001+CS 1001
Exam

ROTULE AXIALE



D

CLINIQUE ZERKTOUNI
TERRAF MEHDI

04/11/2021
13h26m30



WW 1023
WC 511

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

MEHDI

مهدي

TERRAF

طراف

Né le

09.08.2001

مرداد بتاريخ

à ANFA CASABLANCA ANFA

ب أنفا الدار البيضاء أنفا

Valable jusqu'au

22.06.2027

صالحة الى غاية

المدير العام للأمن الوطني

عبد اللطيف حموشي

BE913549

ME

15 يونيو 2021
نسخة مصورة مطابقة للأصل
الدار البيضاء في
بالتدبير
رئيس المصلحة

Signé: Mohamed EL KARHOUNI

N° BE913549 رقم

Valable jusqu'au 22.06.2027

صالحة الى غاية

ابن ابراهيم بن خليفة
و تزهة بنت عبد النبي

Fils de BRAHIM ben KHALIFA
et de NAZHA bent ABDENBI

العنوان شارع المهدي بن بركة اقامة ديار 4 شقة 106 عمارة س د بوركون الدار البيضاء

Adresse BD MEHDI BEN BARKA RES DIYAR 4 APPT 106 IMM C D
BOURGOGNE CASABLANCA

N° état civil 2001/4 ع 368 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس



24517

le 26/01/22

Monsieur,

Je soussigné, Mme ZAHED NAZHA N° 7396

que mon fils TERAF NEHD I CIN

BE913549 a glissé dans la baignoire

de la salle de bain en prenant sa douche

qui lui a causé une fracture du pied

droit le 03/11/21 soir.

Signée

ZAHED NAZHA

N