

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

- 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° W21-680110

Anfa

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10331 Société : ANFA ND 103008

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CHAOUH Nusrat

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : HABITUR EL K

Tél : 06 61 5389 76 Total des frais engagés : 885,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAOUH Nusrat Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : CASABLANCA Le : 02 / 02 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-680110

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
26/04/2024			110	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">INF</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 5px;"> 10112216 </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/2022	539,90

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

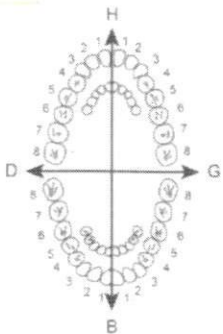
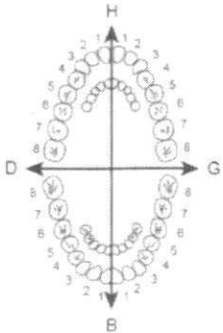
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	{Création, remont, adjonction} Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															

The diagram shows a frontal view of the upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides of each arch, starting from the central incisors. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is shown in a plan view, with a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is shown in a plan view, with a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولا

BIOCODEX MAROC

مجموعة

6135

صنع

05/20

صالح لغاية

05/23

BIOCODEX

MAROC PPV 38.10 DH

من جامعة مونيولي (فرنسا)

Témara le : 24/01/2022

Nom : M. Sidelkheir

Prénom : M. Cherif

Poids :

UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° :

UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° :

A consommer de préférence avant fin :

49.90 DH

Lot N°

Lot : 119005

Voir ci-contre

Per : 08-2022

N°ONSSA : CAPV.7.168.17

Autorisation du Ministère de la Santé : N°DA20181805408DMP/20UCAV1

Contenu net: 150 ml

Lot: 210
A consommer de préférence avant le: 01-2
PPC: 79.50 DH

P.P.V.: 300DH
6 118000 061847

30,70 - Canso-2022

30,70 - Asprept

96,50 - Foragine

10, - Cithom

49,90 - Canso-2022

539,90

ASPEPT SACHETS 810

P.P.V.: 300DH80

6 118000 061883

PPV: 14DH00

PER: 10/24

LOT: K2803

Tél: 06 81 16 17 69

28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64

N° 28 1^{er} étage Av. Med Zarktouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64

GSM : 06 68 43 38 21 : الممتثل ICE : 001613243000095

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونتبليي (فرنسا)

تمارة في : 14/05/2024

Nom: *Cherif*

Age:Ans

Prénom: *Amal*

T°:C°

Poids:

TA:

fca 002

*DR. Sidelkheir Mly Cherif
Médecin Généraliste
N° 28 1^{er} étage Av. Med Zarkouni
Hay Nahda - Témara
Tél : 05 37 60 79 64*

Laboratoire AL KAWTHAR
D'ANALYSES MÉDICALES
N° 65, Avenue Hassan II
En face de la Préfecture Skhirat - Témara
Tél : +212 537 622 822
mail : laboratoirealkawthar@gmail.com

Laboratoire AL KAWTHAR

D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Kaoutar TAOURAGT IDRISSE

Médecin Biologiste

Hématologie, Biochimie, Bactériologie,

Virologie, Parasitologie, Mycologie,

Immunologie, Cytogénétique

Biologie de la reproduction

Biologie moléculaire (PCR)



مختبر الكوثر

للتحاليل الطبية

د. كوثر تواركت إدريسي

طبيبة اختصاصية في جميع التحاليل الطبية

علم الدم، علم الكيمياء الحيوية،

علم الجراثيم والفيروسات،

علم المناعة، علم الطفيليات والفطريات

علم إحياء الإنجاب

علم البيولوجيا الجزيئية



107163396

FACTURE N° : 220100314

TEMARA le 15-01-2022

M. CHAOUQI Mustapha

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
	Détection qualitative de l'antigène SARS-CoV-2(Ag)	E300

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams .

Laboratoire AL KAWTHAR
D'ANALYSES MÉDICALES
N°65, Avenue Hassan II
En Face de la Préfecture Skhirat - Témara
Tél : +212 537 622 822
E-mail : laboratoirealkawthar@gmail.com

Test Covid 19
24 / 24 - 7 / 7

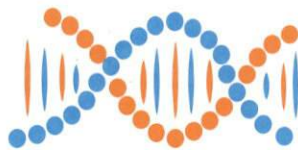


حي مسرور 1 ، عمارة 65 ، شارع الحسن الثاني - تمارة (أمام عمالة الصخيرات تمارة)

Hay Massrour I, N°65, Avenue Hassan II Témara (En Face de la préfecture Skhirat - Témara)

ICE: 001685984000047 . Patente: 27936033 . CNSS: 4702933 . IF: 15217729 . INPE: 107163396

Tél: +212 530 054 840 / +212 537 622 822 . E-mail: alkwtharlabo@gmail.com



107163396

Témara le : 15-01-2022

M. CHAOUQI Mustapha

Référence: 20220115009

Date de naissance: 11-05-1964

CIN / N° Passeport : A257930

IMMUNOLOGIE

Détection qualitative de l'antigène SARS-CoV-2(Ag)

Origine prélèvement :

Date de prélèvement :

RECHERCHE :

(NADAL COVID-19 Ag Test)

Ecouvillon nasopharyngé

15/01/2022 à 11h49

POSITIVE



Laboratoire AL KAWTHAR
D'ANALYSES MÉDICALES
N°65, Avenue Hassan II
En Face de la Préfecture Skhirat - Témara
Tél : +212 537 622 822
E-mail : laboratoirealkawthar04@gmail.com

Validé par: Dr. Kaoutar TAOURAGT

Test COVID-19
24 / 24 - 7 / 7

حي مسرور 1، عمارة 65، شارع الحسن الثاني - تمارة (أمام عمالة الصخيرات تمارة)

Hay Massrour I, N°65, Avenue Hassan II Témara (En Face de la préfecture Skhirat - Témara) Page 1 / 1
ICE : 001685984000047 . Patente : 27936033 . CNSS : 4702933 . IF : 15217729 . INPE : 107163396

Tél.: +212 530 054 840 / +212 537 622 822 . E-mail : alkwtharlabo@gmail.com