

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° W21-647054

103460

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22968 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBAKER Zineb

Date de naissance : 07/03/1990

Adresse : Impasse A, rue Enassae, n°50, 3^e étage apt 5 Hay Raha, Beauséjour

Tél : 0676 3986 14 Total des frais engagés : + 711,60 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2021

Nom et prénom du malade : Mme Moubaker Zineb Age : 31

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

Nature de la maladie : Douleurs chroniques

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 : 31/01/2022

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
29/11/2021	Echographie abdominale		300 DH	INP : 0911191819
			200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/2021	211,65

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
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																
	<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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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														

Dr Asmae El KHADIR

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph-Paris, France
Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"
D.U "Diététique médicale et Nutrition"
D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي - تيل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى
أمراض وجراحة المخرج
التغذية والحمية

Casablanca le :

29/11/24

32.90 Mme Moubaker Zineb

1) Dagn Jif A'S 46

98.80 1 cp x 2/j aznolp

2) Néofortan 160

1 cp/j Pe mou

79.90

3) Kalmegast transit

15j
arrouver

21.60

LOT 21E003
Dogmatil 50mg
20 Gélules
PPV 320H90
PFR: 03/2024



NEOFORTAN 160 mg

PPV 98DH90
EXP 06/2024
LOT 15021 6

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 - Maarif - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - CASABLANCA

Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24

Email : docteur.elkhadir@gmail.com

h) bridgest
1 sachet après rasage
à l'endormir x 8/;

DR ASMA EL KHADIR
Spécialiste En Hépatologie
Et Proctologie
Bureau 46 1111
Tél 05 22 22 55 55
22 rue Yacoub El Mansour
Cesabance

LOT : 200782
PER : 12/2023
PPC : 79,90 DH

KALMAGAS[®]

Transit

*10
50mg*

Aide à éliminer les gaz intestinaux

et à faciliter le transit

2

30 comprimés
Voie orale

KALMAGAS[®]
Transit

Thérapiarm
LABORATOIRES

Dr Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Ancienne Proctologue l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U Proctologie Médicale et Chirurgicale
D.U Maladies Inflammatoires chroniques de l'intestin
D.U Diététique médicale et Nutrition
D.U Réanimation Hépatique



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف، باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي و الصدى
أمراض وجراحة المخرج
التغذية و الحمية

Mme Moubaker Zineb

Facture du 29/11/21

- Consultation : 300 DH

- Echographie abdominale : 200 DH

Dr Asmae EL KHADIR
Specialiste en Hépatogastroentérologie
22 Bd Yacoub El Mansour, Bureau N°6, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 23 35 82 / GSM: 0667 95 72 24

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - Casablanca

Tél: 0522 23 35 82 / GSM: 0667 95 72 24 - E-mail: docteur.elkhadir@gmail.com

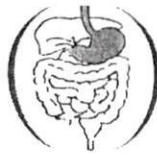
E-mail: dr.elkhadir@centrepractologie.com - Site web : www.centrepractologie.com

22 شارع القوية المنصور، إقامة فضاء يعقوب المنصور، مكتب رقم 6، معاريف - الدار البيضاء

الهاتف: 0522 23 35 82 / المحمول: 0667 97 72 21 البريد الإلكتروني: docteur.elkhadir@gmail.com

Dr ASMAE EL KHADIR

22, boulevard yacoub el mansour. Espace El
mansour, bureau N 6
Telephone: 0522233582
Fax:
Site internet:



Nom: moubaker, zineb
ID: 20211129-172315-C0E7
Age: 31 Ans
Sexe: Femme

ABD Adulte
Date exam: 29/11/2021
Equipeement utilisé: MINDRAY DC-30

Abdomen - 1 / 2 Page

Mesures 2D

Epaiss. Paroi VB: 0.28cm

Rate: 10.35cm

Image ultrason

