

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-700117

112 222

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1529 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUKRI EL HOUSSEINE  
 Date de naissance : 1950 à OUBA  
 Adresse : Route Maghnia, 32 Rue EL KAFOUR  
 105 MOKRY OUBA  
 Tél : 0661 263090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Ben Ahmed Jaouila Age : 62 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Prothèse totale du genou gauche (Artic.)  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date       | Montant de la Facture |
|  | 26/03/2022 | 268,00                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES |                              |                        |
|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| Date                     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| 26/03<br>22              | Ra                           | 259,00                 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>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.<br>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 colspan="2">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 | G |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|                               | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                               | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Oujda, le : 26 / 03 / 22

Ben Ahmed Janika

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION  
☐ CARDIOLOGIE  
☐ CHIRURGIE GENERALE  
☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE  
☐ CHIRURGIE INFANTILE  
☐ CHIRURGIE THORACIQUE  
☐ CHIRURGIE VASCULAIRE  
☐ ENDOCRINOLOGIE  
☐ GASTRO - ENTEROLOGIE  
☐ GYNECO - OBSTETRIQUE  
☐ MEDECINE GENERALE  
☐ MEDECINE INTERNE  
☐ NEUROCHIRURGIE  
☐ NEUROLOGIE  
☐ OPHTALMOLOGIE  
☐ ONCOLOGIE MEDICALE  
☐ O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE  
☐ PEDIATRIE-NEONATOLOGIE  
☐ PNEUMOLOGIE  
☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE  
☐ UROLOGIE  
☐ URGENCES

15000 11 Ceftriaxone 200 (7s)

1 gel 15 x 105

2200 21 Cefixime (7s)

1 cp x 3 / 15 x 075

96000 PRAZIDOLONG (7s)

1 gel 15 x 105

CLINIQUE AL IRFANE  
7, Bd Jalloul Mohamed, Hay Al Irfan - Oujda  
MAROC

Pr YACCOUBI Rachid  
Professeur en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
INPEP - Oujda - 1631  
Clinique AL IRFANE

77 26800

7, BD. Jalloul Mohamed, Hay Al Irfan - OUJDA - MAROC

Tél.: 05 36 53 20 20 - Fax : 05 36 53 39 54

ICE : 001710097000060 - Patente : 11277319 - I.F : 14413857

٢

Cédoï

20 Comprimés



6 118000 180913



ستتين

عن طريق الفم

PPU 22.00  
PER 10/24  
LOT E103



**Pranzo**  
Oméprazole

PPV: 96DH00  
PER: 03/24  
LOT: K2832-1



10 fans

Voie orale

سیتیکو

سیتیکو

# مضاد لالہ

REX  
GEMES

50098

کسو

20

Lot.

1 2 2 7 0 0 0

P.P.V: 150.00

Exp.

0 2 2 2 0

P10002677

Compte rendu radiologique

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO - ENTEROLOGIE
- ☐ GYNeco - OBSTETRIQUE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MEDICALE
- ☐ O.R.L.- CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PEDIATRIE - NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES

Date

26/03/22

Ben Ahmed Tanila

Rx du genou gauche  
(F+P)

prothèse totale du genou  
en place.

## **FACTURE DES FRAIS MEDICAUX**

**FACTURE N°001248**

**DATE : 26/03/2022**

**NOM ET PRENOM : BENAHMED JAMILA**

| <b><u>DESIGNATION</u></b> | <b><u>MONTANT</u></b> |
|---------------------------|-----------------------|
| CONSULTATION              | 300.00 DH             |
| RADIO                     | 250.00 DH             |
| <b><u>TOTAL</u></b>       | 550.00 DH             |

**LA PRESENTE FACTURE ET ACQUITTER A LA SOMME DE :  
CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**MODE REGLEMENT : ESPECE.**

**ICE : 00171009700009**

Lo

lot talhaui n232 rte al Irfane Oujda Maroc

tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789 patente n° 11277319 Email : clinique  
alirfane@gmail.com N° de l'identification fiscale : 14413857

CLINIQUE AL IRFANE  
Dr. M. Jannat Multidisciplinaire  
Patente N° 11277319 - Maroc 983061530