

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-700869

119321

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IFRIGUINE ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661078501 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef DAKKAK
Chirurgien Urologue
63 Av. La Résistance, Appt 12 - Tanger
Tél. : 05 39 32 21 34

N° INPE: 151174786
N° ICE: 001874618000011

Date de consultation : 23.03.2019 Tanger

Nom et prénom du malade : IFRIGUINE ISMAIL Age : 35

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

Nature de la maladie : Douleur articulaire

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
23.03.2022			# 210,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

N° INP : 13 4786
 N° ICE : 001812 4809044
 Dr. Youssef DAKKAK
 Chirurgien Urologue
 63, All. La Résistance, Appt 12 - Tancor
 Tél : 05 29 52 21 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	23/3/2022	107,7004

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 :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef DAKKAK

الدكتور يوسف دكاك

Chirurgien Urologue - Andrologue

متخصص في امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية

Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat
Diplômé en Andrologie / Infertilité - Université de Lille
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire de Rabat

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
دبلوم في طب أمراض الذكورة و عقم الرجل بجامعة ليل (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Tanger, le 3 MARS 2022

IFRIQUINE Ismail

32.00
74.80
CLOFENE 50mg GR: 1 cp x3/j pdt 05 jours

après repas
SPECTRUM 500 cp: 1cp x 2/j pdt 05 jours

PARANTAL 1g: 1 cp X 03/j pdt 05 jours

107.70
PHARMACIE DES STADES
50, Rue Al Foutah Casablanca
Tél : 05 39 32 21 34
RC : 243505
IF : 40436842

Dr. Youssef DAKKAK
Chirurgien Urologue
Résistance, Appt 12 - Tanger
Tel : 05 39 32 21 34

63, شارع المقاومة (كيفيدو)، إقامة "المقاومة"، الشقة 12 (الطابق السفلي) - طنجة

63, Av. de la Résistance (Quevedo), Résidence «La Résistance», Appt n° 12 (entresol) - Tanger

05.39.32.21.34



docteur.dakkak@gmail.com

74,80

500
من طريق الفم



سبيكتروم

سبيروفلوكساسين

10 x

أقراص ملبسة

COOPER
PHARMA

⚠ DANGER
SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سبيكتروم + الحمل = خطر
Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

مادة دوائية: زونيد (C) أسماء

جدول A (Liste II) / (1) / (1)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
لا يستعمل إلا بوصفة طبية

من صنع / Fabricqué par

COOPER
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
41 ريف محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
Pharmacien responsable :
Amina DAOUDI

Spectrum® 500mg
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081456

500mg
à sucrer



Spectrum
ciprofloxacin

10 x
Comprimés pelliculés

CLOFENE® G.R. 50mg
Diclofenac

PPV
LOT
PER

34,90