

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° W19-442159

121776

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALIDI ADIL

Date de naissance : 22/06/23

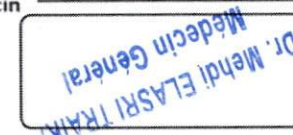
Adresse : LOT YAKSOUR RUE 24 N°25 Hay Harham

Tél. : 0662763203

Total des frais engagés : 393,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : urticaire aigüe + Engorgement

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/10/2022	KOS		175,20	INF : 0982511488 Dr. Mehdi ELASRI TRAKI Médecin Général

Dr. Mehdi ELASRI TRAKI
Médecin Général

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>MACIE</p> <p>6 Lot H</p> <p>VOAS</p> <p>max</p> <p>22 90</p>	<p>26/06/22</p>	<p>218,00</p>

CAISSA ZIRAOUTI
N° DES ORDONNANCES

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

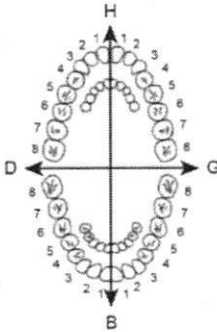
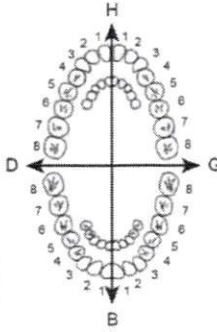
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 : <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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) 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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

le 29/06/2012

KHAIDI ZAH

Clotec 10

S.V.

PHARMACIE LE CREPUSCULE
Rue 56 Lot. Hassan II N° 13
CASABLANCA
Tél/Fax : 05 22 90 00 47

Loratadin
LOT : 6424
UT. AV : 01-25
P.P.V : 32 DH 00

Dolipr 10

S.V.

AS.80
PPV 15 DH 80
PER 02/25
LOT L643

Exor 10

S.V.

IXOR® 10 mg
PPV 86DH00 EXP 06/2012
LOT 16038

Mofest 10

S.V.

LOT : 7073
UT. AV : 02-24
P.P.V : 34 DH 40

Dr. Mehdi ELASRI TRAIKI
Médecin Général

5/ Prescri 20 →
(S.V.) 9cl/5 mti p11-55

6/ Flagyl 250 →
(S.V.) a 5 jours p11-55

49,80
218,00

Dr. Mehdi ELASRI TRAIKI
Médecin Général

LOT : 216254
PER : 10/2026
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
6 118006 060062



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



NOM : KHALID Prénom : RAMIL

1) Date de la constatation de l'état de malade :

29/06/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Urticaire aigue
+ Anaphylaxie

3) Traitement envisagé et actes :

IC + AMIS
adrenalin
Spres

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

29/06/2022

Signature

Dr. Mehdi ELASRI TRAIKI
Médecin Général

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 599943		N° SEJOUR : 220020942		FACTURE N° 2205007914		DATE D'ENTREE : 29/06/2022		DATE DE SORTIE : 29/06/2022		
ASSURE :				DESTINATAIRE : KHALIDI,Adil						
MALADE : KHALIDI,Adil										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5002 URGENCES						
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
Acte de Spécialité Médicale	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00	22.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				29.05					0.00	29.05
FOURNITURES MEDICALES				11.15					0.00	11.15

Intervenant : M0200038 DR ELASRI TRAIKI MEHDI		TOTAUX :		175.20						175.20
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE QUINZE DHS ET VINGT CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	175.20		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 29/06/2022				EDITEE LE : 29/06/2022		PAR: LAMLIH		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA								N° DE POLICE :		
								DATE AT :		
								Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI		
								BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA		
								N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54		

