

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

- 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

M22- 0007054

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2473 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADDAN NAHKA
 Date de naissance : 27/12/92
 Adresse : 122 BX El Rayacant 3ème étage Dkh GHA
 Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 1939,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Salaheddine GHRIB
 Chirurgien Orthopédiste
 Traumatologie - Arthroscopie
 INF: 091190371 / Tél: 0522 522 530
 Date de consultation : 11/12/22
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : PTA etc
 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 : 27/12/22
 Signature de l'adhérent(e) : Le 27/12/22

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 |
| 21/12/22 | | 1 | 6 | |
| 26/12/22 | | 1 | 1 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 11-12-22 | 1658,80 |
| | 15-12-22 | 280,90 |

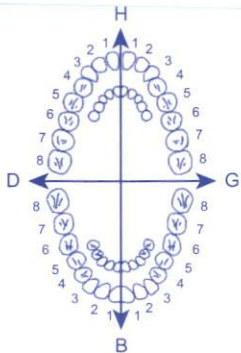
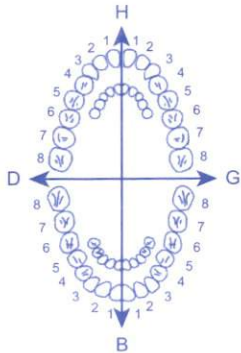
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent soignée, 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 | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| |  | 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> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | H | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | |
| D | | G | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | |
| (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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salaheddine GHRIB

Chirurgie Orthopédique & Traumatologique
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la main
Arthroscopie - Médecine du sport
Traitement par PRP



الدكتور صلاح الدين غريب

جراحة العظام والمفاصل
طبيب سابق بمستشفيات باريس
الجراحة التقويمية - جراحة اليد
الجراحة بالمنظار - الطب الرياضي
العلاج بالبلازما

Casablanca le: 26/12/22 :الدار البيضاء في

MARICA KADDAM

PHARMACIE DES ROSIERS
73, Bd Victor Hugo
Tél.: 05 22 52 25 30
Casablanca



1) Anxiol

جر 20 / 1/2 - 1/4 - 1/4

2) ~~Codeine~~ Ledol

جر 20 / 4 - 2

3) Buixin 20mg

جر 20 / 4 - 0 - 14 - 0

4) Hexm 20mg

جر 14 / 1 - 10 - 8

5) Fucidin pommade

جر 11 / 3 - 3 - 3 - 3 - 3

شارع القدس، إقامة الورود، عمارة 1 الطابق 1 الرقم 112 عين الشق - الدار البيضاء

Bd. ElQods Résidence les Rosiers, Imm.1, 1^{er} étage N°112, Ain chock - Casablanca

Tél.: 05 22 52 25 30 - 06 63 66 99 34 - Email: dr.ghrif@gmail.com - INPE: 091190371

SYNTHEMEDIC

22 rue souhair brou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

840N50MP21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

LOT 221572
EXP 11/2024
PPV 36.70DH



فوسيدين 2%
مرهم أنيوب من 15 غ

39,40

LOT 221572
EXP 11/2024
PPV 36.70DH

22,00



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 11/12/22

Kenan MAIKA

74.80 x3

11 Sepan 500

138.10 x2

349.00 x2

21 lorenax 014

87.40

31 Dolicox 120 mg

82.10

4 Nexin 20 mg

22.20

57 Codaliprane 10

89.50 x3

61 Chaxitone

PHARMACIE DES HABOUS
MESFIOUI MOUNIA
73, Bd. Victor Hugo Casablanca
Tél.: 05 22 44 93 38

Dr. Mohamed GHID
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologie - Arthroscopie
Tél.: 05 22 622 530

25, Bd. Ifni (en face de Lydec), Ain Borja, Casablanca

Tél.: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 24 66 24

E-mail: direction@cliniqueainborja.ma

Site web: www.cliniqueainborja.ma

T: 1658.80

Lot :
A consommer de
préférence avant le : 06/2025

PPC : 89,50 DH

64AC001C
06/2025

Lot :
A consommer de
préférence avant le : 06/2025

PPC : 89,50 DH

64AC001C
06/2025

PPV : 87DH40
PER : 10/25
LOT : L3657

LOT : 05822J30
PER : 10/2025
PPV : 74.80 DH

LOT : 05822J30
PER : 10/2025
PPV : 74.80 DH

LOT : 05822J30
PER : 10/2025
PPV : 74.80 DH

Lot/Batch :
Fab./Man. :
Pér./Exp. :

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2
P.P.V. : 138DH10

6 118001 080472

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00

6 118001 080465

sanon-aventis maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00

6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2
P.P.V. : 138DH10

6 118001 080472

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el anouam roches
noires casablanca
INEXTUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
64015DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6 118001 020591

PPV : 22DH20
PER : 12/23
LOT : K3408

PPV : 22DH20
PER : 07/24
LOT : L2596

