

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 canalaires, 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 canalaires.

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- 0052688

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03686 Société : 146549
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SMALLI KOTACHU KHACHA
 Date de naissance : 08/08/64
 Adresse : 8 LOTISSSEMENT HINA CAWFORNO
 MPR
 Tél. : 0661065395 Total des frais engagés : 722,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amine ABDELAOU
 Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
 778 Av El Ouds - An Chock - Casablanca
 Tél : 06 61 56 53 00
 Date de consultation : 26/12/2022
 Nom et prénom du malade : M. MORA BENDELOUN Age : 57
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Blessure de l'épaule gauche de suite +
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : M. L. 24/10/23
 Signature de l'adhérent(e) : CUEIL

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
26-12-22	Consulte		64.5	Dr. Amine Chirurgien Orthodontiste et Maxillo-facial 778-8444000 - Ain Chock - Casablanca IMPEL : 06 61 56 53 00 091257377

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/22	722,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

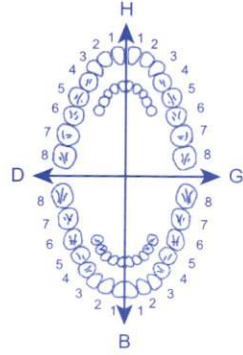
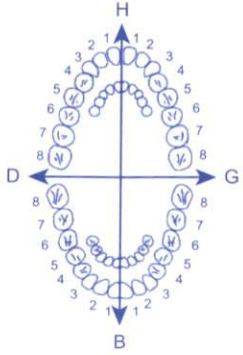
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>													
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"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Dr. Amine ABDELAOUI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Lauréat de la Faculté de Médecine Paris Diderot - France.
- Diplômé de l'Université Paris Est Créteil - France.
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris - France.
- Ancien Chirurgien du CHU Mohammed VI de Marrakech.



الدكتور أمين عبدالأوي

إختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب باريس ديدرو - فرنسا
- دبلوم من جامعة باريس إيسر كريتي - فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات باريس - فرنسا
- جراح سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش - المغرب

CABINET DE CONSULTATIONS
ORTHOPÉDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES

Casablanca Le :

26 DEC 2022

Lot:
DLC:

F182H
07/2025

P.P.C : 183,00 DH

ORDONNANCE :

Mme NORA BENJELLOUN :

41,50

1/ CARTREX 100 mg (Comprimés) :
01 Cp x 02 / jour pdt 10 jours .

118,50

2/ IXOR 20 mg (Comprimés efferves)
01 Cp / jour pdt 10 jours .

183,00 x 3

3/ FLEX-TONIC (Comprimés) :
01 Cp / jour pdt 03 mois .

13,20

4/ CETAMYL 1000 mg (Comprimés) :
01 Cp toutes les 06 heures / jour .
En présence de douleur .

Continuer le VEGEBOM (Baume naturel) .

RDV de contrôle dans 10 jours .

CETAMYL 1000 mg
PARACETAMOL
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH
6 118000 191438

Lot:
DLC:

F182H
07/2025

P.P.C : 183,00 DH

Lot:
DLC:

F342G
12/2024

P.P.C : 183,00 DH

Dr. Amine ABDELAOUI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
778 - Boulevard El Qods - Aïn Chock - Casablanca
Tél : 06 64 56 53 00

Urgences : 06 61 56 53 00 : المستعجلات

778 - Boulevard El Qods - Résidence La Perle d'EL Qods - 3ème étage (avec ascenseur) - N° : 7
Lotissement Mandarona - Aïn Chock - Casablanca
778 - شارع القدس - إقامة لابيرل ديل القدس - الطابق الثالث (بالمصعد) - رقم : 7
حي منظرونا - عين الشق - الدار البيضاء
Tél : 05 22 21 61 41 - E-mail : amine.abdelaoui@gmail.com
الهاتف : 05 22 21 61 41 - البريد الإلكتروني : amine.abdelaoui@gmail.com

كارطريكس[®] 100 ملغ

20 قرصا ملبسا
عن طريق الفم



كارطريكس + الحمل = ممنوع

لا يستخدم من طرف النساء الحوامل خلال الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل.
لا يستخدم خلال الثلث الأول والثاني من الحمل إلا في حالة الضرورة المطلقة.

COOPER
PHARMA

LOT : 220750

EXP : 05/2026

PPV : 41,50DH

LOT N° :

PPV (DH) :

UT. AV. :

سیدمیترا

ایکسور



IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 01/2024
LOT 24029 2