

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-638698

146570

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8638 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUERLACH SKENDEL

Date de naissance : 31.03.72

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0663761103 Total des frais engagés : 894,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed STAIRA
Spécialiste O.R.L.
CLINIQUE EL HOUDA
Lot. 43 N° 171 Cité Al Houde - AGADIR
Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
Gsm: 06 35 12 45 59

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : parotite GCH

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 : AGADIR Le : 21/01/23

Signature de l'adhérent(e) : ys

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Décl

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

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
13.01.23	CS		300,00	<p>INP: 061703013814</p> <p>Dr. Mohamed EL HOUDA - AGADE</p> <p>CLINIQUE EL HOUDA - AGADE</p> <p>Tel: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 30 30</p> <p>Gsm: 05 35 12 76 59</p>
13.01.23	PH		50,00	
13.01.23	PC		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/23	444,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

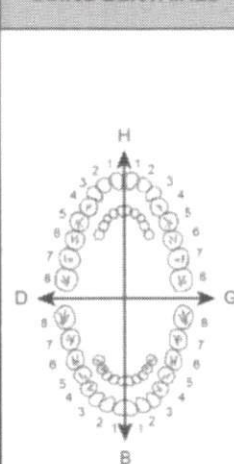
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Veillez

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
Soins

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

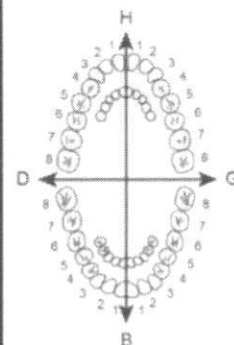
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

El Coudon skenly Agadir, le 12/02/2024

40,00 #2

D Br - 200
3 c st - 5 Jma
Br



40,00

40,00

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22053 4

PPV 24DH60

EXP 10/2024
LOT 19033 3

24,60 #2
2
1 Br
+ 3
+ 3



PPV
LOT
PER

28,70



28,70
3
79,70
4
Dr. Mohamed STAIRA
Spécialiste R.L.
CLINIQUE EL HOUDA - AGADIR
Lot. A3 N° 171 Cité Al Houda - Agadir
Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
Fax: 05 28 32 28 28

Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face
Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - Agadir
Tél: 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax: 05 28 32 1

PPV 79DH79
PER 07/25
LOT 12534

180DH

Dr. Mohamed STAIRA
Spécialiste O.R.L.
CLINIQUE EL HOUDA
Lot. A3 N° 17 Cite Al Houada - AGADIR
Tel: 05 28 32 30 28 32 32 28 28
Gsm: 06 35 12 45 59

$t_f = 0.66575909$

$$8.3 \text{ DV } 27/31 \text{ K} = 22$$

$$= 10h$$



Dossier N° :

Agadir, le : 13.01.23

Chambre N°

NOTE D'HONORAIRESLe Docteur : Dr. Mohamed STAIRA
Specialiste O.R.L.
CLINIQUE EL HOUDA
Lot A3 N° 171 Cité Al Houda - AGADIR
Tel: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
Gsm: 06 35 12 45 59

présente à M. : EL GUERGAIL SKENDER

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

7 300,00 DH

Pour l'acte :

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. Mohamed STAIRA
Specialiste O.R.L.
CLINIQUE EL HOUDA
Lot A3 N° 171 Cité Al Houda - AGADIR
Tel: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
Gsm: 06 35 12 45 59



040062333



FACTURE

N° 23 010 142 / 2023 du 13/01/2023

Nom patient	EL GUERGAAI SKENDER	Entrée	Sortie
		13/01/2023	13/01/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION/URGENCE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
PHARMACIE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Frais Clinique				150,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. STAIRA MOHAMED (orl)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	450,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	450,00				450,00	0,00

CLINIQUE AL HOUDA
Lot. A3 N° 171 Qr. Administratif Al Houda
AGADIR - Fax : 05 28 32 11 32
Tel: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
- Sec. Facturation -

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

CLINIQUE AL HOUDA
Lot. A3 N° 171
Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
- Sec. Facturation -

CLINIQUE AL HOUDA
Lot. A3 N° 171
Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
- Sec. Facturation -

Nom patient : EL GUERGAAI SKENDER		N° Facture 13 010 142		2023A-00341-001
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
INTRANULE G22 BLEU	1	10,00	10,00	
METHYLPREDNISOLONE 120mg Injecta (20)	1	35,00	35,00	
SERINGUE 5 CC	1	5,00	5,00	
Total pharmacie			50,00	

CLINIQUE AL HOUDA
Lot. A3 N° 171 Or. Administratif Al Houda
AGADIR - Fax: 05 28 32 11 32
Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
- Sec. Facturation -