

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

- 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° W21-724447

150291

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : CH Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KBIS Abdelrahman
 Date de naissance : 21.01.1949
 Adresse : VO H61 Lotissement Krafat De par
 Tél. : 0661153218 Total des frais engagés : 1928,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BEN SALAH Mouni
Anesthésie Réanimation
Clinique chaoula
3, Rue OKBA IBNOU NAFII
Berrechid
INPE:061164067

Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : MUPRAS Age : 74
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 21 FEV. 2023
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : BERRECHID

Le : 03 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
| 03 21 23 | consult | | 300.00 | INF: BEN SALAH MO Anesthésie Réanimation Clinique chaoula 3, Rue OKBA IBNOU N Berrechid INPE:061164067 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| HARMACIE EL DOUNA 244 bisissement el wafaa Deraa Fix : 05.22.53.20.54 0100005070 | 03.01.23 | 128,30 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Dr. EL KHADIR Kaout Médecin Radiologue Clinique Chaouia 3, rue Othba Ibnou Nafi Gerreghid INPE:061256798 | 03/01/2025 | TDM Jawel | 1500.00 DH |

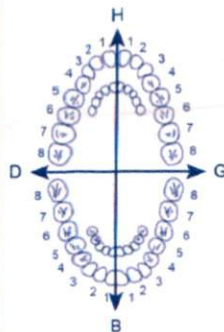
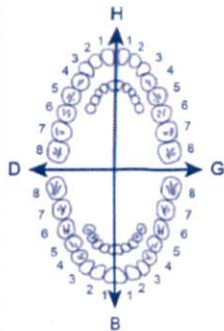
[illegible]

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 | 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"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (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



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ORDONNANCE

Berrechid, le 08/09/2022

M^r Nche L. t. f.

22,80

1/ Codeine
1cp a 3/j



PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

47,80

2/ Defer
dep x 3/j



PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

28,30

3/ Eucalyptol
1cp x 3/j



30,00

4/ acides
1cp a 3/j



CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafia
BERRECHID
Tel: 33.66.2233.66.22 Fax: 32.57.58

129,90

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3665



28,30



PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

LOT 211146
EXP 04/2024
PPV 30.00DH



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

FACTURE N°M01863/23

Nom : MAHER
Prénom : LATIFA

CONSULTATION : 300.00DH

Arrêté la présente facture a la somme de :

« TROIS CENT DIRHAMS »

Berrechid, 03/01/2023

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 32 66 22/03.00.32 Fax: 32.57.5



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid le 03/01/2023,

FACTURE N° 24/2023

PATIENT : MAHER LATIFA

EXAMEN : TDM FACIALE

HONORAIRES : 1500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE CINQ CENTS DH

PATENTE N° : 40702390

ICE : 001533090000059

Signé: **CLINIQUE CHAOUIA**
3, Rue Okba Ibnou Nafie
Tél: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax: 05 22 32 57 58



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ORDONNANCE

AMHER Palya

Berrechid, le

3/1/22

Traumatisme de la face
- IDN de la face

Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba Ibnou Nafie
Berrechid
INPE:061256793

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid , 03/01/2023

PATIENT : MAHER LATIFA

MEDECIN TRAITANT : DR BENSALAH

TDM FACIALE

INDICATION : Bilan post traumatique

TECHNIQUE :

Examen scannographique réalisé en acquisition volumique de 5mm reconstruite en 1 mm sans injection de produit de contraste avec reconstruction 3D.

RESULTAT :

- Absence de fracture décelable au niveau des os du massif facial et de la mandibule
- Pneumatisation normale des sinus de la face.
- Cloison nasale en place
- OPN d'aspect normal.
- ATM d'aspect normal.
- Cadre orbitaire sans anomalie.
- Épaississement des parties molles frontales et palpébrales gauches.
- Nasopharynx d'aspect scannographique normal avec respect de ces reliefs anatomiques.
- Absence d'autre variante anatomique à risque chirurgicale notamment pas de procidence des nerfs optiques et des carotides au niveau des sinus, pas de déhiscence de la lame papyracé, hauteur symétrique de la lame criblé.

AU TOTAL:

Absence de lésion traumatique sur cet examen en dehors d'un épaississement des parties molles frontales et palpébrale gauche.

Confraternellement

Dr K. ELKHADIR

Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba ibnou Nafie
Berrechid
INPE 061266798