

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 d'El Hachem - 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° W21-792387

163758

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELILAH
 Date de naissance : 01/01/1955
 Adresse : 400, RT EL JADIDA CASAB.
 Tél. : 0664/83090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KHANMOUNI Nabil
Médecin Spécialiste
Médecine Interne

Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : EL HOUARI Abdelilah Age:

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

Nature de la maladie : Anémie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/05/23	G		gratuit	INF : 0910014610 

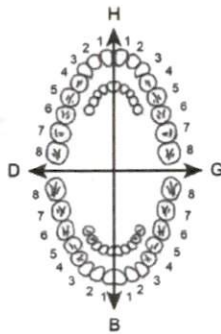
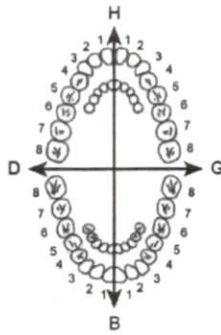
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie HIND LAKHOUSSA Docteur en Pharmacie 100, Route d'El Jadida CASABLANCA 88 97-Fax: 022 98 27 28</p>	19/05/93	119.80

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	15/03/23				5000

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
				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><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		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	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 L'EXECUTION

Clinique

Sidi Othmane

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 12/2025
LOT 20007 1



مصحة
سيدي عثمان

anica, le 19/05/23 في الدار البيضاء،

ER HOUAR Abdelilah

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 09/2025
LOT 28002 2

① Becidouze

ex 35,10
1 mg 3x / 1 mois

② 49,60

D'une 100 000

1 mg / 15 pd 1 mois puis

1 mg / mois pd 3 mois

R 19,80

Pharmacie MMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400 Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.93.86.94 Fax 022.93.24.76

Pharmacie MMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.93.86.94 Fax 022.93.24.76

Dr. BELHACHOU
Medicine Spécialiste
Tél: 022.93.86.94 Fax 022.93.24.76

ساحة العمالة بن أمسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء
Tél.: 05 22 59 75 75 - Fax : 05 22 59 76 76 - ICE : 001684270000056

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 12/2025
LOT 20007 4

Clinique
Sidi Othman



مصحة
سيدي عثمان

Casablanca, le 13/03/23. في الدار البيضاء، في

EL HOUARI Abdelilah

50017

Tensiometrie autotension
Brassard. Spengler

Nr

CLINIQUE
SIDI OTHMANE
Place de la Préfecture AV 10 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 59 75 75
ICE : 01684270000056
090003864

Docteur. Nadia RHANMOUNI
Spécialiste en Médecine Interne
Maladies de Système - Rhumatologie
Maladies de l'Os - Pathologie Vasculaire

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Dirhams et 50 centimes.

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2301682

EL HOUARI ABDELILLAH

Date	CLIENT	PAGE
15/03/23	34210475	1

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
SPG420	1	TENSIOMETRE AUTOTENSIO BRASSARD SPENGLER 440 NS 202173340301291	20%	500,00	500,00

ORLIMEDIS NEGOCE SAKI
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca

MT HT	TVA	MT TVA
416,67	20%	83,33

Total HT	Mt TVA	Total TTC
416,67	83,33	500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
500,00

DHs