

## 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° W21-779185

M9  
CRID

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13292

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAZAHOU Heuda

Date de naissance : 07-12-1991

Adresse : Residence Nadia, Immeuble R, 3<sup>ème</sup> étage,  
Neuville Casablanca

Tél. : 0653 987941

Total des frais engagés : 2215,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/03/2023

Nom et prénom du malade : OUAZAHOU Heuda

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : cophalite

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 : Casablanca

Le : 20/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

### 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



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
23/03/2023	C		160 000	
28/04/2023	contrôle		Gratuit	

7/3/2023 c	KOON	Dr. EL MOU
08/04/2023 centrale	Grant	Dr. EL MOU

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	27/03/2023	49340 DP
	15.04.2023	37200

27/03/2023	49340
15.04.2023	37200

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Gachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
	15/04/23	1200,00

15/04/23 TDR  
A-B Domaine / 1200,00

[illegible]

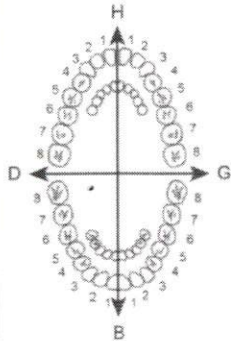
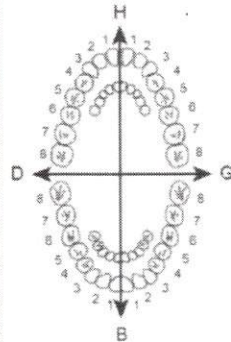
--	--	--	--	--	--

# 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"/>														
	<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> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 27/05/2023 : الدار البيضاء، في :

Dr. EL ATOUANI HIND

69.00

Kalmav  
21x21



129.00

Carel  
21x21



79.90

Kalmagor  
21x21



21.00

Megor 20 mg  
21x21



493.40

LOT : 220770  
DLUO: 10/2025  
69,00DH



LOT: B220402001  
PER: 04/2025  
FPC: 129,50DH



6 111261 640035

LOT: 220539  
per: 07/2025  
FPC: 79,90dh



6 111261 640059

LOT 211967  
EXP 10/2023  
PPV 215.00DH

MEZOR 40mg  
Esoméprazole (DCI)

28 gélules



6 118000 340331

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél. 05 22 32 13 15

le 15/04/23

N-e guraahn

37200

OmniPaque 300mg/ml

GE Healthcare 

**OMNIPAQUE™**  
أومنيباك

**300** mg I/ml  
ملغ يود/مل

**Solution injectable**  
IOHEXOL  
محلول للحقن  
أيوهكسول

**1 x 100 ml**

Voie intraveineuse ou  
intra-artérielle  
يستعمل للحقن  
داخل الأوعية

 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614080000058  
Tél: 05 22 86 09 99 - Fax: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

**PHARMACIE ABOU ZAID**  
S.A.R.L.  
Rue 36 N°04, Massira 2, Bournazel  
Casablanca  
Tel: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 11

EXP / 03-2025  
تاريخ الانتهاء  
Lot n° / 15906600  
الحصة:

1198590 MAR

  
7 037960 644084

**INPE**  
**092001197**

www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

N° Admission : 23003365 N° Facture : 23003273 Date facturati 15/04/2023

Nom et prénom du patient : **Mme OUAZAHROU HOUDA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM ABDOMINALE	1.00	1 200.00	1 200.00
		Sous-Total	<b>1 200.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Mille deux cents dirhams**

**Total : 1 200.00DH**

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	1200.00 DH
PC N° :		


**RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc  
 ICE: 001614006000053  
 111, Bd Anoual  
 Tel: 05 22 86 09 99 - Fax: 05 22 86 09 99