

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 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

Declaration de Maladie

N° W21-789414

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05543 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF
 Date de naissance : 25-04-1963
 Adresse : 6 Rue Beyroute lot Irakia Berrechid
 Tél. : 0677857467 Total des frais engagés : 898,7799 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/23
 Nom et prénom du malade : Youssef Rokhssa
 Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : le picincheur de la coudée
 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 : 01-08-23 Le : 01-08-23

Signature de l'adhérent(e) : Berrechid

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
24/07/23	C2	3.00	47	INP : 09 08 74 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Youssouf BERRECHID 67, Rue DAKAR 32.83.41	24/7/23	349.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Dr. Youssouf BERRECHID 67, Rue DAKAR 32.83.41	24/7/23	20	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PARA SAMLA 48, Rue Oued Maloua Lotissement Bourahat Berrechid 32.32.61.19	24/07/23					390.00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Docteur A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Médecine de Sport

الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام

الطب الرياضي

ICE : 001898108000064

E-mail: docsilialaab@gmail.com

IP 091087452



24/07/23

Mr Rokhssa Youssel

390,00 - Canchiere pour
epi canchylite
Sili stabs epi

PARA SADI ALI
48, Rue Oued Malouya
Lotissement Bourahat Berrechid
Tél: 05 22 22 41 19

Handwritten signature and a circular stamp containing the text: 'LAABOURRI TRAUMATO ORTHO IP: 091087452'.

Docteur A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Médecine de Sport



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام

الطب الرياضي

ICE : 001898108000064

E-mail: docsilialaab@gmail.com

IP 091087452

Berrechid, le...

24/07/93

Mr Rokhssa Youssef

1999⁹ Noiceptal 1A11 x 2/1
② Bot Velpeau 15 cm
94.00 Mydo flex 1 x 2/1
28.80 Codamol plus 1 x 3/7
28.80 Vitaneuril far 2 x 2/1
② Mobic 15 1 x 1/1
349.60

الماء كالماء السيارة

المسبح قلبي تدوين

البنوا د سارة

الكلمات الحزام

الدواء

البلد

LOT

PVC: 198.00DH



C209
2025-05

REV: 2021/11/0

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

PPV

28,80

LOT

PER



GTIN: 06118001260850

LOT: 4019

MFG: 07 2022

EXP.: 07 2025

PPV: 940hs00



CODAMOL PLUS

16 comprimés effervescent

P.P.V. : 28,80DH



6 118000 191872

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

إختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

Berrechid, le

24/07/23

Mr Rokhssa Youssef

epicondylar

Radius Carule

ATP

CENTRE DE RADIOLOGIQUE BERRECHID
38-38, Rue Tadj Elou Tjad Berrechid
36105 22 33 63 73 / 06 61 32 50 34
Dr ALAZZAOUI

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

إختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

Berrechid, le

24/07/23

Mr Youssef Rokhsa.

echange de support
bras

DR A. LAABOURRI
TRAUMATOLOGUE
06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

E-mail : docsilialaab@gmail.com - ICE : 001898108000064

Sté PARA SAMLALI

Parapharmacie & produits cosmétiques

ICE :000091962000032

CLIENT : ROKHSSA YOUSSEF

24/07/2023

FACTURE : 120/2023

Désignation	Qté	P.U	Total
COUDIERE SILISTAP EPI	1	390.00	390.00

Montant TTC : 390.00

Dont TVA 20% : 65.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : *trois cent quatre vingt dix dhs*



PARA SAMLALI
48, Rue Oued Malwiya
Lotissement Bourahal Berrechid
Tél. 0522.32.61 19

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GÉNÉRALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PÉDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبوتلي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبوتلي

برشيد، في : Berrechid, le :

Facture D077/2023

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen pratiqué : Rx coude droit f/p

Nom et prénom : **ROKHSSA YOUSSEF**

Pour la somme : 200,00DH

deux Cents dirhams

36-38 Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64
Dr. A. AZZAOU
Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOU

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : 24

24 NOV 2023

Nom et Prénom : ROKHSSA YOUSSEF

Examen Pratiqué : RX coude droit f/p

Médecin demandeur : Dr . LAABOURRI

COMPTE RENDU :

- Pas d'image lésionnelle osseuse ou ostéo articulaire décelable

Confraternellement

Signé : Dr A.AZZAOU

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
DR A. AZZAOU

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64