

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

- 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

Déclaration de Maladie

M23- 0013083

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 889 Société : RETRAITE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JARBOUI OMAR

Date de naissance : 27/07/1942

Adresse : Haye Nourad Bloc 9 Imm 7

Bd EL Foudrate Haye J. h. m. m. d.

Tél. 065793085 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soukaina OUAJDI
Médecin Généraliste
Hay Adil, Rue 15, N° 2, Etg. 1
Casablanca
Tél. 05 22 61 61 30

Date de consultation : 27/06/2023

Nom et prénom du malade : JARBOUI OMAR Age :

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

Nature de la maladie : LA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 27/06/2023

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
21/06/2023			157	Dr. Soukaina El Ghazal M. Adil, Rue de la Villelle Casablanca Tél: 05 22 61 61 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JAUQUIERE Halima Jauquiere 39, Rue Ben Ammiar, La Villelle M. Casablanca Tél. 05 22 61 60 50	27.06.23	607140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
27-6-23	08.2 Ma	15	120	15	15	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 Soukaina OUAJDI

Médecine générale

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Echographie

Suivi de grossesse

Hypertension artérielle

Diabète

Echographie de la thyroïde



05 22 61 61 30

الدكتورة سكينه واجدي

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

الفحص بالصدى

تتبع الحمل

الضغط الدموي

داء السكري

فحص الغدة الدرقية

Le : 27/06/2023

Mr JARBOUR OMAR

98,100

① Lamax 1g AS x 2/jr mode Gf
112,100,100

② Gentamycine 16mg 1mg/jr
401,000

③ Colipred 20g 2/jr mode Gf
190,100

④ Duo'so 40 1gel/jr

⑤ Beridone 1/2 x 8/jr
35,110

⑥ Kalmoges 1/2 x 3/jr
79,190

les de 4

LOT 441
EXP 04/24
PPV 112DH00

LOT M0864
PER 09/2024
PPV: 190,00 DH

LOT: 230270
PER: 03/2026
PPC: 79,90DH

KAI

PPV: 98DH00
PER: 03-26
LOT: M 982

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 04/2026
LOT 26003 2

160mg

LOT 452
EXP 08/25
PPV 26DH20

160

Llorente

Soluté injectable 4 ml

LOT: 421 EXP: 10/23
PPV: 26DH20

PPV: 40DH00
PER: 04/26
LOT: M1331

Cotipred®
prednisolone

Docteur Soukaina OUAJDI

Médecine générale

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Echographie

Suivi de grossesse

Hypertension artérielle

Diabète

Echographie de la thyroïde



05 22 61 61 30

الدكتورة سكيينة واجدي

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

الفحص بالصدى

تتبع الحمل

الضغط الدموي

داء السكري

فحص الغدة الدرقية

Le : 22/05/2023

Mr JARBOUR OMAR

Rls Pneumonie Aigue
cervicobronchite

Suff. forme Rx thorax
face



Dr. Soukaina OUAJDI
Médecin Généraliste
Hay Adil, Rue 15, N° 2, Etg. 1
Tél: 05 22 61 61 30



FACTURE EXAMEN

N° Quittance

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 38 515

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification

Index Patient : 75 206

N° de Examen : 111 193

Nom et prénom : OMAR JARBOUI

CIN : B105844

Adresse : HAY MOURAD BLOC 9 IMM 1 CASA

Médecin

Sur prescription du : CHEF SERVICE RADI

Spécialité : RADIOLOGIE

Débiteur

PAYANT

Date

Date de examen : 02/08/2023 09:11:29

Détail

NGAP

Clé

Coef/Séance

Quantité

P.U

Mt.
Organisme

Mt. Ligne

RADIOLOGIE STANDARD

RADIO DU THORAX

T205

Z

16,00

1,00

120,00

120,00

120,00

Montant Total:

120,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT VINGT DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 120,00 DHS

02/08/2023 09:11:57

Facture Etablie Par Personnel N° : MERN AJ

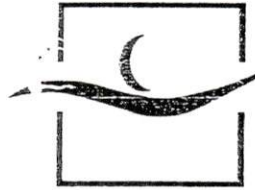
Signature du responsable :

S.A.A.
Service d'accueil et d'admission
Hôpital Mohammed V - Casablanca
Centre Hospitalier
Ministère de la Santé



CHV

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Préfectoral
Aïn Sebaâ Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الإقليمي
عين السبع الحي المحمدي
مستشفى محمد الخامس
الدار البيضاء

COMPTE RENDU

Nom : JAKHAI

Prénom : OMAR

Date : 02/08/23

Examen :

Ex pulmonaire fac

Abc de type paterdyonchus evstaty

Abc d'origine de la silhouette cardiaque est-nd

Abc d'apex chenal pour pericardique

Chenel

Image Bae qui Normes



№ 69165

Ex SOMME

Cachet Service

№ 691652 /B

Q.M.N.

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
multa		
		120
Total		120

Le 28 2022
Signature du
Régisseur