

## 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



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-720398

par courrier

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionnée

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-720398

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

#### **RELEVE 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
25/09/2023	CS	Gratuit		INP : 081156210 SALINAS ORLANDO FELIPE Cachet et signature du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Professeur de Recherche en Radiologie Radiologue CHU Mohamed VI Oujda INP : 141-47967	15.6.2013	1500,00 - 200,00 - Service de Radiologie Rue d'Isly 00000 Oujda Maroc	1300,00 -

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

	DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. SALHI Yahya**  
Spécialiste en ORL & Chirurgie  
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine  
Imm. Saïdi - 3<sup>ème</sup> étage - OUJDA  
Tél. : 05 36 70 22 70



**الدكتور صالحى يحيى**

اختصاصي في امراض وجرحة  
الأذن- الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

زاوية زنقتي حاكرطا وليوتنو بلكسين  
عمارة سعدي - الطابق الثالث - وجدة  
الهاتف : 05 36 70 22 70

Buzbella  
chri fa

Ordonnance

Oujda, le .....

Dr. SALHI Yahya  
Spécialiste ORL / Chirurgie  
Cervico / Faciale  
Angle Rue Jakarta / Imm. Saïdi / 3<sup>ème</sup> étage  
OUJDA  
Tél. : 05 36 70 22 70  
Fax : 05 36 70 22 71  
Mobile : 06 61 41 14 79  
E-mail : Drsalhiyaha@msn.com

Pr. Imane KAMAOUI  
Professeur d'enseignement supérieur  
Radiologue  
CHU Mohamed VI Oujda  
N° : 141147967

Sur fond de fracture  
profonde gauche

Rocher  
fenêtre ovale  
coupe Axiale oblique

Dr. SALHI Yahya  
Spécialiste ORL / Chirurgie  
Cervico / Faciale  
Angle Rue Jakarta / Imm. Saïdi / 3<sup>ème</sup> étage  
OUJDA  
Tél. : 05 36 70 22 70

---

Audiométrie - Impédancemétrie P.E.A  
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngée  
Microscope



Le 14 septembre 2023

174894  
CENTRE ORIENTAL AL KINDY  
RYAD ISLY QUARTIER MARJANE  
OUJ, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 0002408\_1949-09-03\_CHRIFA**

**N/REF : 20232550023961**

**Adhérent : BOUABDELLAH CHRIFA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de CHRIFA BOUABDELLAH.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 900.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 100.00 MAD

Validité de prise en charge : du 12-09-2023 au 12-12-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdelah. 49, Angle Rue Allal Benabdelah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à CHRIFA BOUABDELLAH.

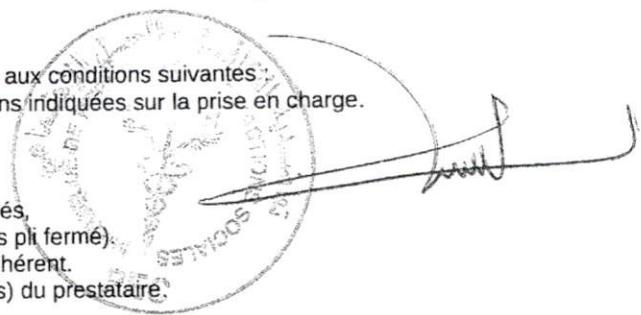
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes:

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.





الخطوط الملكية المغربية  
royal air maroc

### CARTE DE RETRAITE

BOUABDELLAH

CHRIFA

Matricule: 0002408



PHOTO & DIAGNOSTIC DU MAROC

PANAREM A.G.O.



Nom: BOUABDELLAH ابنة اسنان

Prénom: CHRIFA ابنة الشخص

Date de naissance: 3/9/49 درجة العدد

Association: ARRAM اسم الجمعية

Cette carte est personnelle. Seule la personne dont les informations sont mentionnées ci-dessus peut l'utiliser.  
هذه البطاقة شخصية. يمكن استخدامها فقط من طرف الشخص المسجلة معلوماته أعلاه.



جمعية تقاعدي الخطوط الملكية المغربية  
ASSOCIATION RETRAITES ROYAL AIR MAROC



### CARTE D'ADHERENT

N°: 159

Nom: BOUABDELLAH

Prénom: CHRIFA

CIN n°: B 351581

Signature



جمعية تقاعدي الخطوط الملكية المغربية  
ASSOCIATION RETRAITES ROYAL AIR MAROC

### CARTE D'ADHERENT



Le Titulaire

ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



للمواطنة للمشروع  
الوطنية الوطنية للتعمير



CHRIFA

BOUABDELLAH

N°: 03.09.1949

شريطة

بوعبد الله

مزدانا بتاريخ

à OUJDA

ب وجدة

السير العلم للأمن الوطني

عبد الرحيم حموشي



CAN 80267

N°: B351581

رقم

Valable jusqu'au 24.05.2031  
مسقطة إلى غاية

Conjoint(s):  
SLIBI ABDELKADER

Cette carte est la propriété de Royal Air Maroc. Elle est strictement personnelle  
et non cessible. Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires

16022



نادي متقاعدى الخطوط الملكية المغربية  
Fédération des Associations Nationales  
des Retraités au Maroc

بطاقة المخترط  
Carte d'adhérent  
N° 159 2408



جمعية متقاعدي الخطوط الملكية المغربية  
ASSOCIATION RETRAITES ROYAL AIR MAROC



ANNEE 2019	ANNEE 2020	ANNEE 2021
ANNEE 2022	ANNEE 2023	ANNEE 2024

Matricule :

2408

Année : N° Reçu :	Année : N° Reçu :
Année : N° Reçu :	Année : N° Reçu :

N° B351581 رقم N° étaillé 4683/1951 رقم الصلاة المدنية OPI1EHKT

بن محمد بن محمد  
و ماما بنت ميمون

الجنس F

Fille de MOHAMMED ben MOHAMMED

Els de MAMA bint MIMOUN

العنوان 24 زقة ششاون وجدة

Address 24 RUE CHEFCHAOUENE OUJDA

IDMAROPI1EHKT<4B351581<<<<<<  
4909031F3105249MAR<<<<<<<<<  
BOUABDELLAH<<CHRIFA<<<<<<<

Oncologie Médicale / Radiothérapie / Dépistage des Cancers / Traitement de la Douleur  
Scanner / IRM / Mammographie / Echographie / Radiologie Conventionnelle

Oujda, le \_\_\_\_\_

Date : 15/09/2023

Age : 74ans

Nom : BOUABELLAH CHRIFA

Médecin traitant : Dr SALHI

## TDM ROCHER

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

- Patiente de 74ans, qui présente une surdité de transmission profonde gauche.

### TECHNIQUE :

- Coupes jointives de 1 mm avec reconstructions frontales

### RÉSULTATS :

#### Rocher droit.

- Respect du conduit auditif externe. Respect de la membrane tympanique.
- Respect de la chaîne ossiculaire au niveau de l'oreille moyenne.
- Respect des tegmens tympani et antri. Respect du mur de la logette.
- Bonne pneumatisation de cellules mastoïdiennes.
- Respect des structures cochléo- vestibulaire.
- Absence d'élargissement du conduit auditive interne.

#### Roche gauche :

- Respect du conduit auditif externe. Respect de la membrane tympanique.
- Respect de la chaîne ossiculaire au niveau de l'oreille moyenne.
- Respect des tegmens tympani et antri. Respect du mur de la logette.
- Bonne pneumatisation de cellules mastoïdiennes.
- Respect des structures cochléo- vestibulaires.
- Absence d'élargissement du conduit auditive interne.

### CONCLUSION :

TDM du rocher normal ce jour.

  
Pr. I. KAMAOUI  
Professeur d'Oncologie interne  
Radiologue CHU Mohamed VI - OUJDA  
INP 141147967

www.cok.ma



INPE : 080063183

080063183

## F A C T U R E

N° de l'admission : 23007012      N° Facture : 23002572      Date facturation : 15/09/2023

Nom et prénom du patient : **CHRIFA BOUABDELLAH**

Convention : **MUPRAS (RAM)**

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 15/09/2023 Sortie: 15/09/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM ROCHER	1.00	900.00	900.00
		Sous-Total	<b>900.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

<b>Neuf cents dirhams</b>	<b>Total</b>	<b>: 900.00</b>
Immatriculation :	Part organisme :	900.00
N° prise en charge :	Part patient :	0.00

Notre compte bancaire : 011 780 000019210001043734



OUJDA, LE 11/09/2023

**DEVIS**

F-22-06-0049-073

N° D230002528 11/09/2023

aya

Nom et prénom du patient : **BOUABDELLAH CHRIFA**

Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie**  
Examen radiologie

<b>Examen radiologie</b>		Nombre	Prix unitaire	Montant
	TDM ROCHER	1	1 000.00	1 000.00
(*) Produits facturés à l'unité				<b>Sous-Total</b> 1 000.00
				<b>Total devis</b> 1 000.00