

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M23-004058

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOWA Brahim

Date de naissance : 11/1/1949

Adresse : CASA

Tél. : 0663471851

Total des frais engagés : 1425,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL KHATTABI W.  
Pneumologue - Allergologue  
INPE 091035253

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KEHELADUINET RACHIDA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : allergie, spirale, insuffisance cardiaque

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 : CASA

Le : 03 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
02/11/2023	C3		4000	Professeur EL KHATTABI W. Pneumologue - Allergologue INPE 091035253

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/11/23

1025,70

### 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

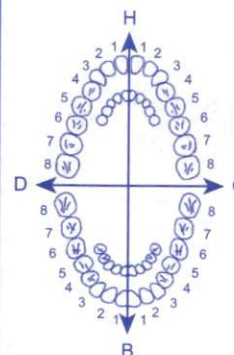
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AL MADINA

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Pharmacie des Cygnes  
Mme LAURICHI SAMIA  
256, Boulevard de l'Oasis  
Tél: 05 22 98 85 17 - Casablanca



المدينة

مصلحة متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

Le 02/11/2023

M. Boukdar Rachid.

297100

④ Symbicort <sup>S.V.</sup>

SYNTHEMEDIC  
22 rue Souleymane el Moussoumouchi  
92000 CASABLANCA  
SYMBICORT TURBUHALER  
2004-44  
Flacon de 120 doses  
Pas psh  
1044140621400  
118001  
P.N. 297100 DH  
C29708

1 inhal x 02 g 02 mg

(→ si gêne respiratoire / pas 6/8)

17170

② Aspirin <sup>S.V.</sup>

PPV: 171,70 DH  
LOT: 22D05  
EXP: 04/2024

1 gl à inhal x 2 g 01 mg.  
74.90 x 2.

⑤ Nauseus <sup>S.V.</sup> 1 pl 5 la nuit x 02 mg

LOT : 4147  
PER : 10 - 25  
P.P.V : 74 DH 90

Pharmacie, Casablanca - Tél:  
Email: contact@

LOT : 4147  
PER : 10 - 25  
P.P.V : 74 DH 90

22 25 00 01

implantes percutées



115.00 x 2.

4) Nammy Epul / rous le (atm) (NS)

66.00 x 02 ml (NS)

5) Azimune sub Ap / y x 03 (NS)

36.40  
6) Koprel w. Ep / p x 05 (NS)

22.5  
7) Rhumis 1 sachet x 08 y x 05 (NS)

52.80  
8) Zoebe 1 fl le (atm) 5 ju x 05 (NS)

T: 1026,70.

Pharmacie des Cygnes  
Professeur EL KHATTABI W.  
Pneumologue - Allergologue  
INPE 091035253 / NPE 091035253

Pharmacie des Cygnes  
N° 10000 SAMIA  
256, Boulevard de l'Oasis  
Tél: 05 22 98 85 47 - Casablanca

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
ID: 652536  
6 118001 142262

LOT 22004  
PER 02/27  
PPV 66DH00

LOT: 4975  
PER: 06-26  
PPV: 36DH40

52,80

**Rhumix®**  
Boîte de 10 sachets  
P.P.V. : 22,00 DH  
6 118000 191032

**CLINIQUE AL MADINA**  
MULTIDISCIPLINAIRE

**CASABLANCA**

## Reçu de caisse

Médecin : DR. EL KHATTABI WIAM

N° : 2311021442090160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23K021441	KEHELAOUINET RACHIDA	02/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

AL MADINA  
Casablanca

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 30437 / 2023 du 02/11/2023

Nom patient **KEHELAOUINET RACHIDA**  
**PAYANT**

Entrée 02/11/2023

Sortie 02/11/2023

### CONSULTATION SPECIAL

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1,00	100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Clinique				100,00

DR. EL KHATTABI WIAM (pneumologue)	CONSULTA	1,00	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Autres prestations				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique  
Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 77 75 00 01