

Conditions générales :

- Pharmacie :

- ### Radiologie et Biologie :

- Optique :**

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0026431-181738

- ☐
- Maladie
- ☐
- Dentaire
- ☐
- Optique
- ☐
- Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6886 Société : Revente RAM

- ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : SOUAI ABDELLAH

Date de naissance : 23. 05 1957

Adresse : Massira Hassania 171CN=48 ou LFA Casablanca

Tél : 0667-045714 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 / 10 / 2023

Nom et prénom du malade : BOUADA KHADIJA Age: 55

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

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

cin **Docteur M^hamed CHRAÏBI**
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. M.v. Youssef
Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
Casablanca -

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
20/10/23	C2		Credit	M'hamed CHAKRI Spécialiste O.R.L. 7, Angle Bd. Anfa & Bd. W. Youssif Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67 - Casablanca -

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL PHARMACIE CHU 10 Avenue Hassan II Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 90 32 63	20/10/23	235,40

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
MONTANTS DES SOINS			DATE DU DEVIS												
DATE DE L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 20/10/23

ORDONNANCE

N° BOUAD phadifa

45180



PPV (PH):

3260

LOT N°:

UT. AV.:

45180 - Corten up 22

3 cr met

V. Nail ben

1 cr 3L 80

Nuxol 3i

1 cr 2L

Levanox 19 crall

1 cr 3L

LEVAMOX 19 16 COMPRESSES
PPV 157DH00
LOT 2N027 6
EXP 02/2025

3260

15700