

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

- 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'El
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

M23-013548

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société : A 84080

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIRIE Lahoucine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot Sidi Abdesslem Ave 29 N°60

Tél. : 063352920 Total des frais engagés : 798 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 : Bronchite

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 : 25 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 22/11/2023 | | CS 3000A | | Professeur Assistant-Pneumologue 090061862 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie AL MOTALINA 31 Rue 38 Lot 301 Doha, Qatar | 22/11/23 | 291,- |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
| Centre de Radiologie 86, Oum Rabiah - Rue 508 Doha - Qatar Tel: 05 22 93 04 93 | 22/11/2023 | T.H. DAX A.C. | 041142357 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'O.D.F.

| 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 | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/11/2023

Mme Afnend Najat

132

1/ Masciclar 1g st

1 st x 3/jr

pdl 1/2

2/ Eshipred 20 mg

3cp/j

pdl

3/

Broncholib

1csm x 3/jr

PPV: 1320H00
PER: 05-25
LOT: M1384

Pr BOUGADOU MERYEM
Professeur Assistant-Pneumologie

Pharmacie
Oum El Rabii
Casablanca
021 22 00 00
021 22 00 00

51,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUGADOU MERYEM
Professeur Assistant-Pneumologie

MS.-

4/Avany

pat nasal

1 pul / naie

pdt 1 mois

298,-

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID 652027
118001142262

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalife
Pr BOUGADJUM MERYEM
Professeur Assistant-Pneumologie
090061862

مستشفى
AL MOVAHIDA
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalife

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 22/11/2023
Numéro : 164 943



090061862

Nom patient : AFRIDOU NAJAT

Médecin : PR. BOUGADOUM MERYEM
Pneumologie

2300783383

PAYANTS

| | Montant |
|------------------------------------------------------------|---------|
| CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE | 300,00 |
| Total | 300,00 |
| Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS | |

29 03 53 45
act@idcm.kh.ma
Cheikh Khalifa Ibn Zaid



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/11/2023

Mme Afned Najal

Rachis Thorax de face

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUGADOUM MERYEM
Professeur Assistant-Pneumologie
090061862

Centre de Radiologie El Ouita
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 93 04 83

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 22/11/2023

FACTURE N°11928/2023

NOM & PRENOM: AFRIDOU NAJAT

| EXAMEN | MONTANT |
|-----------------|---------|
| RX. THORAX FACE | 200 DH |
| TOTAL | 200 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Docteur LASRI
Médecin Radiologue

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabi
Tél: 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99
Fax: 0522 93 563
Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Bd. Oued Oum Rabi - Rue 50, N°2- Oulfa - 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 - Fax 0522 93 563
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 22/11/2023

PATIENT : **AFRIDOU NAJAT**
MEDECIN TRAITANT : **PR. BOUGADOUM MERYEM**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. THORAX FACE**

**RADIOLOGIE
EL OULFA**

- Absence de foyer parenchymateux évolutif.
- Culs de sac pleuraux libres.
- Silhouette médiastino-cardiaque sans particularité.

Conclusion :

- Image thoracique normale.

**Confraternellement
DR. LASRI FATIHA**

*Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue*

*Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 93 04 93*

N.C**