

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

195739

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044410

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Boukdour Brahim
 Date de naissance : 1/1/1949
 Adresse : 19, lot Karam Bd Mekka CASA
 Tél. : 06 63 47 18 51 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 / 02 / 2024
 Nom et prénom du malade : KEHELAOUINET RACHIDA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 19 / 02 / 24
 Signature de l'adhérent(e) : Boukdour Brahim

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
19 02 24	G		200.00 DH	Pr. EL KHATTABI Wiam Pneumologue Allergologue Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fond de Commerce	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Ougnes Mme. LAURICEL SAMIA 256, Boulevard de France Tél: 05 22 98 85 17 - Casablanca	19/02/24	684,5

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

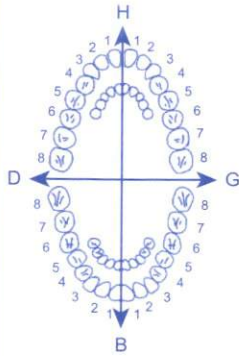
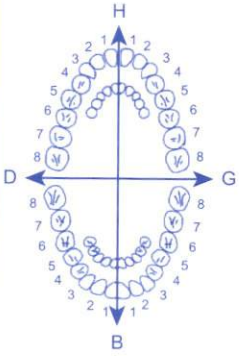
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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



ORDONNANCE

le 19/7/24

Mu Boukden Rachid

297-

1 Symbicort 2016

~~Pharmacie des Cygnes
Mme LAURICHI SAMIA
258, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 90 63 17 - Casablanca~~

linhal x 2 j x 2 doses par
le jour x 2 doses

821/21

2 Inexim 20

3,50 1p à jeun + 1p après diner x 15j

31 Argo 200 1 car après x 15j

4/ Aspir 250
1 pl à inhaler x 4 par jour

5/ Aspirmap forte
1 gpc x 31 gpc 050

6/ Savon bicarbonate
1 demi cuillère + 1 en demi verre d'eau
(gargasme)
34,80

 **Pharmacie des Cygnes**
Mme. LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 98 84 17 - Casablanca

Pr. EL KHATTABI Wissam
Pneumologue Allergologue
Hôpital 20 Août 1953 - Casablanca

SYNTHEMEDIC
22 rue nouber bnou al aouam roches
noures casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2006 µg Pde pish
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH

6 118001 020706

SNBL
AVR-23
MAR-25

SYNTHEMEDIC
22 rue nouber bnou al aouam roches
noures casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/15 DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

LOT : 6466
PER : 08 - 26
P.P.V : 30DH 50

PPV: 171,70 DH
LOT: 23K07
EXP: 11/2025



BICARBONATE
DE SOUDE

EXP : 10/2025

LOT: 24CA0025
EXP: FEV2026
P.P.C: 46:00 DHS

N° de lot : رقم الوحدة :

DDM : التاريخ الأدنى للصلاحيّة

منتوج مغربي

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 6248 / 2024 du 19/02/24

Nom patient **KEHELAOUINET RACHIDA**
PAYANT

Entrée 19/02/24

Sortie 19/02/24

CONSULTATION - DR EL

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
DR. EL KHATTABI WIAM (pneumologue)	1.00		400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
Total Autres prestations				400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique, Casablanca
Tél. : 05 22 77 40 49 (L-G)
Fax : 05 22 25 00 01