

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0049441

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SADAK Ahmed
Date de naissance : 20 OCT 1963
Adresse :
Tél : 06 3442 8339 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 23.05.2023
Nom et prénom du malade : BEL KHAYFI ABU OMAR Salim Age :
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 : 23.05.23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr CHOUKRI Karim
Otorhino-Laryngologiste
Chirurgie Cervico-Faciale

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
23/05/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/2023	289.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	* Montant des Honoraires
	29/05/23	Eche	

AUXILIAIRES MEDICAUX

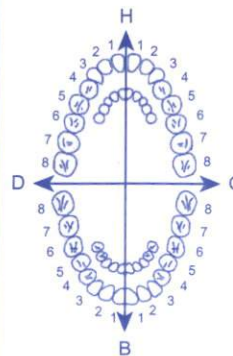
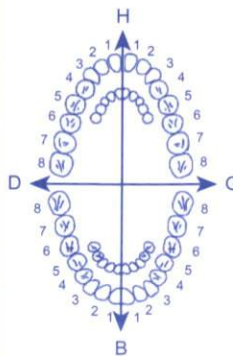
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 23/05/23

220992
2025/12
PPV : 89,50 DH

Del Rhayat Abou Oua Salim

89.5
ROSIX
Flacon de 250 ml
PPV : 31,50 DH

Apixal spray
1 fl x 85; 10;

Pyroxis sirop
1 cas x 35; 10;

30.5
LOT 211487
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

Ceds 20 fl x 10;

132.5
1.1 x 2

14 fl x 105;

Dr. CHOUKRY Karim
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale

283
Boulevard AL Qous, Inara II, Agdal Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Fax : 0522 40 48 06

PHARMACIE
FOULQI
N° 119 lot 1
0522 21 30 90



صحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
INARA II

وصفة
ORDONNANCE

le 23/05/88

Dr. Elkhayat Mervat A. Sidi

lobvithatue gde
lga obs.

Elkhayat Mervat A. Sidi

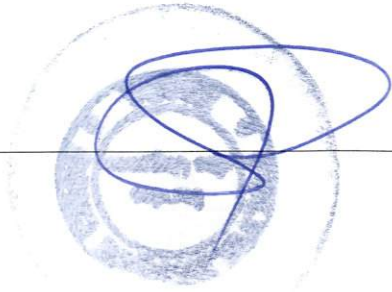
Dr. CHOUBRY Karim
Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 831536	N° SEJOUR : 230022284	FACTURE N° 2303008738		DATE D'ENTREE : 29/05/2023		DATE DE SORTIE : 29/05/2023							
ASSURE :				DESTINATAIRE :									
MALADE : BELKHAYAT ABOU OMAR, Salima		UF: 5003 RADIOLOGIE		BELKHAYAT ABOU OMAR, Salima									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :											
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :											
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL		TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE													
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00						0.00	200.00	
Intervenant : 10448 DR LAHLOU HOURIA (RADIOLOGIE)		TOTAUX :		200.00								200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
DEUX CENTS DHS				REMISE :		0.00		REGLE :		200.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 29/05/2023				EDITEE LE : 29/05/2023		PAR: KAABAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :					
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA							
				BANQUE :		BMCE - INARA							
				N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91							



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El Mouds Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

15



N° IPP : 958994	N° SEJOUR : 230021495	FACTURE N° 2302007119		DATE D'ENTREE : 23/05/2023		DATE DE SORTIE : 23/05/2023					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BELKHAYAT ABOU OMAR,Salima							
MALADE : BELKHAYAT ABOU OMAR,Salima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0300008 DR CHOUKRY KARIM O.R.L	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 23/05/2023	EDITEE LE : 23/05/2023	PAR: HAJAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
		BANQUE :		BMCE - INARA				
		N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91				



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler
COMPTE RENDU

DATE : 29/05/23

NOM & PRENOM : BELKHAYAT ABOU OMAR SALIMA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : ECHO CERVICALE

Isthmolobectomie gauche

Lobe droit restant de volume normal, siège de 2 nodules de
siège basal, isoechogène, le plus grand mesure
5.4 mm x 6.6x 4.3mm.

Absence d'adénopathie cervicale.

CONCLUSION :

Nodules thyroïdien droit TIRADS 3.

Dr. 
radiologue
091089557

POLYCLINIQUE INARA 2

Nom belkhayat

Date d'examen 2023-05-29

Ref Medecin

Operateur

VINNC660

POLYCLINIQUE INARA 2

MI 1.3 / TIS 0.6

X4-12L

Thyroïde

HAR

AP 100%

DG 54%

Fq 10MHz

FR 36.5Hz

DR 92dB

2023-05-29 09:32

belkhayat ID: 20230529000

Thyroïde

1 Distance 0.36cm

2 Distance 0.30cm

Profondeur 4.00

POLYCLINIQUE INARA 2

Nom belkhayat

Date d'examen 2023-05-29

Ref Medecin

Operateur

VINNC660

POLYCLINIQUE INARA 2

MI 1.3 / TIS 0.6

X4-12L

Thyroïde

HAR

AP 100%

DG 54%

Fq 10MHz

FR 36.5Hz

DR 92dB

2023-05-29 09:31

belkhayat ID: 20230529000

Thyroïde

1 Distance 0.40cm

Profondeur 4.00

POLYCLINIQUE INARA 2

Nom belkhayat

Date d'examen 2023-05-29

Ref Medecin

Operateur

VINNC660

POLYCLINIQUE INARA 2

MI 1.3 / TIS 0.6

X4-12L

Thyroïde

HAR

AP 100%

DG 54%

Fq 10MHz

FR 36.5Hz

DR 92dB

2023-05-29 09:31

belkhayat ID: 20230529000

Thyroïde

1 Distance 0.54cm

Profondeur 4.00

