

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horiège 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

N° W19-442553

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 22322

Matricule : 22322 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MDALHRI ELIAZ DOUNIR

Date de naissance : 02/08/1985

Adresse : DM AL FIRDABUS 6495 A44 APPT22
JULEA CASA

Tél. : 0661 087775 Total des frais engagés : 0 1284 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Leila CHRAÏBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 0522 55 93 01 GSM: 0600 03 60 46
INPE: 051042895

Date de consultation : 21 OCT 2013

Nom et prénom du malade : B. B. MDALHRI ELIAZ

Age : 1 Semaine

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

ACCU... 21 OCT 2013

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
7/8/10	G	4.00	1200	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[Signature]				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	11/08/10	84.00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

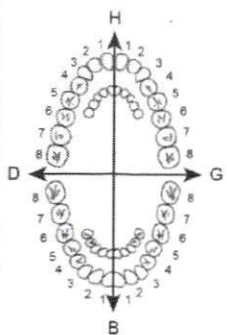
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				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		G
00000000	00000000	
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

Docteur LEILA CHRAIBI

Spécialiste en allergologie (Asthme, tous types d'allergie)

Diplômée de l'université René Descartes Paris

Spécialiste en Pédiatrie



الدكتورة ليل الشرايبي

إختصاصية في أمراض الضيقة وجميع أنواع الحساسية للكبار و الصغار

خريجة كلية روني ديكارت بباريس

إختصاصية في طب الأطفال

Casablanca, le : 11/08/19 : الدار البيضاء، في :

M. DOUGLA Filal Anjman

84.00

1 CALMAGOS gmlts
5 gmlts + 2/3 mml
mml
mml



PHARMACIE LA PALMIERIE
Mme M. Gdira
Réd. Gdira, ex. Nil, 2ème Mag 2
B. Boud. Sidi A. - Casablanca
Tél.: 05 22 59 98 01

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 0522 59 98 01 GSM: 0600 03 60 46
INPE: 091042895

شارع رضى كديرة - شارع النيل سابقا - رقم 387 الطابق الثاني - قرية الجماعة - الدار البيضاء

Rue, Reda Gdira, ex. Nil, N° 387, 2ème Etage, Cité Djemaâ - Casablanca

Tél.: 05 22 59 98 01 - GSM : 06 00 03 60 46



8 032578 477016

Lot:

À consommer de

préférence avant le:

190233

04/2022

PPC: 84,00 DH

Docteur LEILA CHRAIBI

Spécialiste en allergologie (Asthme - tous types d'allergie)

Diplômée de l'université René Descartes Paris

Spécialiste en Pédiatrie



الدكتورة ليلى الشرايبي

إختصاصية في أمراض الضيق وجميع أنواع الحساسية للكبار و الصغار

خريجة كلية روني ديكارت بباريس

إختصاصية في طب الأطفال

Casablanca, le : 11/8/13 : الدار البيضاء، في :

Compte rendu médical

Le BAS M'DOUGHA FILAL

~~muscle~~ muscle non

Phak. Microcyte intense

pour Ecton phagocyte intense.

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 05 22 59 98 01 - GSM: 06 00 03 60 46
INPE: 091042895

شارع رضى كديرة - شارع النيل سابقا - رقم 387 الطابق الثاني - قرية الجماعة - الدار البيضاء

Rue, Reda Gdira, ex. Nil, N° 387, 2ème Etage, Cité Djemaâ - Casablanca

Tél.: 05 22 59 98 01 - GSM : 06 00 03 60 46

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099
Casablanca

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 11/08/2019 Heure 15:22

Nom et Prénom du patient MDAGHRI FILALI RAYANE Age ou Date Naissance 1 - 07/08/2019

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse res el ferdaous gh 25 imm 44 apt 22 oulfa casa

Téléphone 0612.08.26.19

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant CHRAIBI LEILA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 11/08/2019

Heure 09:06

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 5584 / 2019 du 15/08/2019

Nom patient **MDAGHRI FILALI RAYANE**
PAYANT

Entrée 11/08/2019
Sortie 11/08/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PHOTOTHERAPIE INTENSIFS	6,00		200,00	1 200,00
			<i>Sous-Total</i>	1 200,00
Total Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00


CLINIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim BOUABID
OASIS
TEL : 0522 23 18 18 / 022 23 50 28