

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

liologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 059053

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3678 Société : RAM 35180

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSIF MOHAMMED

Date de naissance : 27/08/1960

Adresse : N°18, Rue Med ELyazidi, Quartier des hôpitaux CASABLANCA

Tél : 0600386123 Total des frais engagés : \$3676,4\$ 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 :

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 : CASABLANCA

Le : 29/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 54854		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0054854

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 03678#	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		RASSIF MOHAMMED	
Fonction	CDR	Phones 0600386123	
Mail		M.Rassif@royalairmaroc.com	
MEDECIN	Prénom du patient		LATLA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 54 ans
Nature de la maladie		Date 26/05/2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date	27/05/20
Montant de la facture		1125,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	27/05/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		1200,00	

PHARMACIE ALEXANDRI
Mme BENJELLOUN Bouzi
Docteur en Pharmacie
35 Boulevard Alexandre
Tel: 0522.86.15.13 - Casablanca
1905 - 094004454 - IDE: 00 1837 636 000 0

10119
UNITE MED SARL
60, Rue Hassan II, 2040 Casablanca
Tel: 0522.77.23.37

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 54852	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Cachet MUPRAS



P 14 / 0054852

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle # 3678 #	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom		Rassi E. Mohammed		
Fonction	EDS	Phones 0600386123		
Mail		mrassi@royalairmaroc.com		
MEDECIN	Prénom du patient LAICA			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 54	Date 26/05/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances MulaShi ngyr d'm				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		591,20 		
PHARMACIE	Date 18/05/2020			
Montant de la facture	591,20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 26/05/2020		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
B.200	260,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 21/05/2020		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	500,00 dh

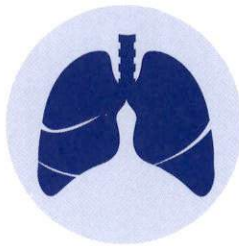
PHARMACIE ALEXANDRI
 Mme BENJELLOUN FOUZI
 Docteur en Pharmacie
 35, Boulevard Alexandre
 0522 86 15 13 - Casablanca

ANNUAL DE RADIO-IMMUNO-ANALYSE
 Dr. Jamal FEKKAK
 Radio-Biologiste
 Tél: 0522 86 03 36
 66, Rue Ennoussour 20140 Casa

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



الدكتور غدار واصل

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية
أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين
الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le : 27 / 05 / 2020

EL AFAF Laila

120,70

1- Aerius 5mg

307,00 x 3 1cp / j 1st

2- Singulair 10mg
1cp / j 1st

83,50
3- Rhinolaya hyper t
1 pul 1st / N x 2-3

RHINOLAYA FORT
Spray Nasal 51ml

Ut av.
Jan/2022 PPC : 83,50 DH
Lot : 90324 MEDIPRO PHARMA

صيدية الاسكندرية
PHARMACIE ALEXANDRIE
Mme BENJELLOUN Fouzia
Docteur en Pharmacie
35, Bôles
Tel: 0522.8
INPE: 091004

LOT: 080-1
PER: DEC 2021
PPV: 120 DH 70

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

رقم 11. زنقة أبو الحسن العسكري (الافوازي سابقا) الطابق 5 (مصعد متوفر) الشقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 002023220000065

Dr. GADDAR Wassil

• PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



الدكتور غدار واصل

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية
أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين
الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le : 27/05/2020

me.

ELATAF Laila

- May - haw - buccal
- humilifi cat - pur
CPA1

10119
UNITED MED SARL
56, Rue Emancipation 2040 Casa
Tél: 0722279303

☎ رقم 11، زنقة أبو الحسن العسكري (لأفوازيي سابقا) الطابق 5 (مصدق متوفر) الشقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء.

☎ 11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

📞 Urgence 06 77 20 20 24 ☎ 05 22 860 444 📧 drgaddar@gmail.com

ICE: 002023220000065



UNITED MED Sarl

Respiration - Somme

UNITED MED SARL
66 rue Annousour casablanca
Anfa 20140
tel 0522-279303
www.sdar.ma

Facture

DATE: 27/05/2020

Facture 356/20

Mme EL AFAF Leila

Description	P,UNITE	QT	TVA	TOTAL H.T
Masque facial de PPC	1 000,00	1		1 000,00

Arrétée la présente facture à la somme : Mille
Dirhams

RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006
ICE 000216517000037 IF 14438918

TOTAL H.T 1 000,00DH
TOTAL T.V.A 200,00DH

TOTAL T.T.C 1 200,00DH

★10119★
UNITED MED SARL
66 rue Annousour 20140 Casablanca
tel 0522-279303



INTERNATIONAL
clinic

Date : 18 / 05 / 2020

صيدلية الاسكندرية
PHARMACIE ALEXANDRIE
Mme BENJELLOUN Fouzia
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
Fax: 0522.86.15.13 - 20.1837.636.000.007

Ordonnance

me
ELAFAF Laila

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V: 143,60 DH
6 118000 061069

143,60 x 2
n- ORO KEN Loo
rep x 2 / j, vdt 5,1

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V: 143,60 DH
6 118000 061069

205,00
L- TAVANIC 500mg
1 cp / j, vdt 1,1

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp, pel b 7
P.P.V: 205,00 DH
6 118001 080830

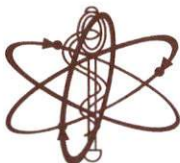
99,00
3- order Loo
1 git le soi

LOT 190817
EXP 02/2022
PPV 99.00DH

591,2

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2005260031

Mme Laila EL AFAF

Demande N° 2005260031

Date de l'examen : 26-05-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prelevement sang	E25	E
RF	RF	B100	B
		B80	B

Total des B : 180

TOTAL POSSIBLE : 240

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante dirhams.

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**





INTERNATIONAL
clinic

Date : 11 / 05 / 2020

Ordonnance

ELAFAF Enla

IAH 40 . 5403 lèvre.

indicateur à la
CPAP anti-der vi

Dr. Gaudy
Pharmacien
Pratiquant
Boulevard Des hôpitaux
Tél: 0522 860 444



UNITED MED Sarl

Respiratoire Somme I

UNITED MED SARL

66 rue Annousour casablanca

Anfa 20140

tel 0522-279303

www.sdar.ma

FACTURE

DATE: 21/05/2020

facture 351/20

Mme EL AFAF LAILA

Description	P,UNITE	QT	TVA	TOTAL
Location d'appareil de ppc	500,00	1mois		500,00
Arrêtée la présente facture à la somme Cinq cent dirham				
RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006 ICE 000216517000037 IF 14438918				

TOTAL 500,00 DH

★10119★
UNITED MED SARL
66, Rue Annousour 20140 Casa
Tel: 0522 27 93 03