

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diologie 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043790

ND 41741

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5576 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHADROUE HASSAN

Date de naissance : 17/07/1960

Adresse : 14 Rue Abou Sidi Soult Les ALI 3^e étage W7
BOURGOINE CASABLANCA MAROC

Tél. : 0661 06 77 47 Total des frais engagés : 479,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MARHOUDI Kamal
Chirurgien Ori Exploration Fonctionnelle
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Route d'Azemmour - Casablanca
Tél. : 05 22 89 52 52 - 06 76 27 76 65

Date de consultation : 02/09/2020

Nom et prénom du malade : KHADROUE HASSAN Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection W7

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

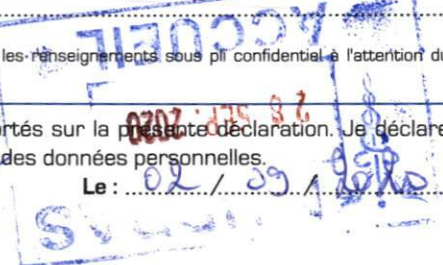
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
02/09/2020	CS			

Dr. EL KHLOUFI Kamal
 Médecin On Exploration Fonctionnelle
 10, Bd. d'Exploration Fonctionnelle
 Route d'El Mammour - Casablanca
 Tél: 05 22 89 52 52 - 06 76 27 76 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE EDEN
 Houda BENSALD
 Pharmacien
 13, Rue Jaafar Ibn Habib - Bourgogne
 Casablanca - Tél.: 022.49.28.79

02/09/2020

229,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

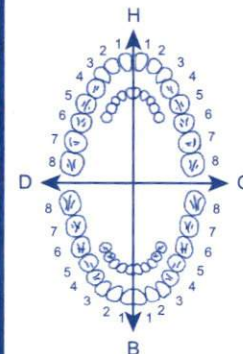
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H

25533412 21433552
 00000000 00000000

D

00000000 00000000
 35533411 11433553

G

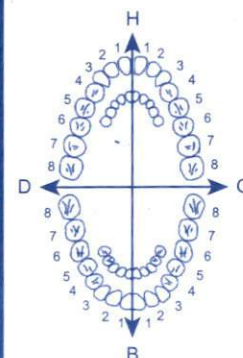
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور كمال المخلوфи

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .
والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،
بروكسيل، فرنسا
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة



la Face et du Cou.

Genève.
Universitaires de Genève.
Rouen et Bruxelles.
ernationale d'Oto-Neurologie.

02/9/20

Khilicee Hassani

PHARMACIE EDEN
Houda BENSABID
Pharmacien
13, Rue Jaafar Ibn Habib - Bourgoogne
Casablanca - Tél.: 022.49.28.79

116,40

11 Floxane 100

45,50

21 Cataflam 10

15 3x1

14,50

31 x2 Rotigone 1

39,70

41 Fucidine

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g



LOT: M20056
EXP: MAR 2023
PPV: 45,50 DM

PPV: 14DH00
PER: 04/23
LOT: J1021

PPV: 14DH00
PER: 04/23
LOT: J1022



CHLOUFI Kamal
Expédition Forthmann
Sidi Abderrahmane
Casablanca
Tél: 06 62 76 65

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عنوان المراسلة: الحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستعجلات : 06 76 27 76 65