

# 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 048926

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05277 Société : 47208

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MGHAFRI NOoredine

Date de naissance : 26.11.1958

Adresse : 6. Rue de Golo Polo Casablanca

Tél : 0661141160 Total des frais engagés : 197,26 Euro

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Majida ZAHRAOUI  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
Médecine Tropicale  
Maladie Sexuellement Transmissible  
86 Boulevard Moulay Driss 1er - CASA  
0522 86 14 08 / 09

Date de consultation : 18/08/2020

Nom et prénom du malade : MGHAFRI Age : 64 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Spécifique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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](http://www.mupras.com)



# 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
19/08/20		1		Pr. Majida ZAHRAOUI Médecin Interne Pathologie Infectieuse - Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA Tél : 0522 86 14 08 / 09

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

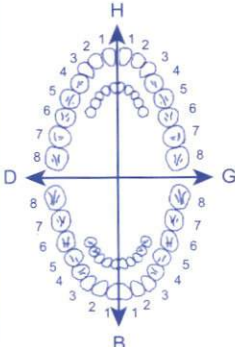
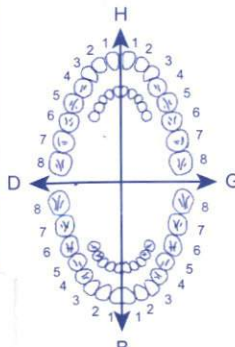
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

*Spécialiste en Médecine Interne*

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



**الدكتورة مجيدة الزهراوي**

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعفنفة - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السمفة

البيضاء في ..... Casablanca, le

18/08/2020

**Mr MGHAFRI Nouredine**

**SULFARLEM 25**

1 comprimé 3 fois par jour, pendant 6 mois

**NYSTATIN**

1 cuillère mesure 2 à 3 fois par jour, pendant 3 mois

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

Médecine Interne

Pathologie Infectieuse - Hépatologie

Médecine Tropicale

Maladie Sexuellement Transmissible

86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA

Tél : 0522 86 14 08 / 09

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

Médecine Interne

Pathologie Infectieuse - Hépatologie

Médecine Tropicale

Maladie Sexuellement Transmissible

86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA

Tél : 0522 86 14 08 / 09

## FACTURE

N°2298/508326

Du 24/08/2020

Date de l'échéance 25/08/2020

MGHAFRI  
nouredduine  
0 0

Tél: 05 48 88 88 88  
N° SIRET: 40356113700049  
Code NAF: 4773Z - FR86450234869  
FRANCE

Prescripteur : X \_  
N° AM : 952009439  
Opérateur: aude C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
SULFARLEM S25 CPR DRG 60 3400931178200	PH2	0	9	3,007	2,10%	27,06
MYCOSTATINE SUSP BUV FL 24ML 3400935179043	PH7	0	56	2,958	2,10%	165,64
N° Ordonnancier : 263286						
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
193,20	2,1% (4)	4,06	197,26
Total HT	Total TVA		Total TTC
193,20	4,06		197,26

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 197,26

Reste dû 197,26

Montants exprimés en Euro

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



Pr. Majida ZAHRAOUI

Spécialiste en Médecine Interne

Hépatologie - Endoscopie digestive  
Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale  
Nutrition et Traitement de l'Obésité



دكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعفننية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية وعلاج السممة

Casablanca, le ..... البيضاء في

18/08/2020

Mr MGHAFFRI Noureddine

SULFARLEM 25

1 comprimé 3 fois par jour, pendant 6 mois

6 mois = 96stes.

NYSTATIN = Tylostahine.

1 cuillère mesure 2 à 3 fois par jour, pendant 3 mois

orale ou gargaris ?

3 mois = 56 flacons.

197,26.

€

luno

Pr. Majida ZAHRA

Médecine Interne

Pathologie Infectieuse

Médecine Tropicale

Maladie Sexuellement

Boulevard Moulay Driss

Tél : 0522 86 14 08 / 09

Chapigne

Bouch

+

gorge



PHARMACIE COCHU

Aude COCHU

1 rue François Mauriac

95470 VEMARS

Tel: 0134686052

N° SIRET: 40356113700049

Code NAF: 4773Z - FR86450234869

FRANCE

*10 HAFU*

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC

Patient: AFFROUKH Client

Ordonnance 508326

-----  
3400931178200      4    9      2,05    18,45  
SULFARLEM S25 CPR DRG 60

Du(s): 9x

                                 4    9      1,02    9,18  
Honor. dispens. HD2

3400935179043      4    56      2,00    112,00  
MYCOSTATINE SUSP BUV    FL 24ML( 263286)

Du(s): 56x

                                 4    56      1,02    57,12  
Honor. dispens. HD7

                                 4    1      0,51    0,51  
Honor. dispens. HDR

-----  
Total TTC                    197,26

A Payer                      197,26

-----  
TOTAL A PAYER :            197,26 (1293,94F)

Montant HT : 193,20

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	193,203	4,057	197,26

Patient: AFFROUKH Client

Crédit : 197,26

Le 24/08/2020 à 17h01 Op. : 4 aude C

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT

MERCI POUR VOTRE VISITE