

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 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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horizon
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° W19-470054

MR PAV

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1869 Société : RATI 134223

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Khadija El Gharraoui

Date de naissance : 16-1958

Adresse : Res. El Farah GH6 Imm 129 Apt 15 Casablanca

Tél. : 0634717541 Total des frais engagés : 411,40 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 : gonarthrose dte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confamilial, 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

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
07-09-29		CB	30000	INP: 071084435

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALMA Lot. Zerkouni Bouakkaz M'hamid N° 1436 Tél : 05 24 37 22 47	07-09-29	MM. 110

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

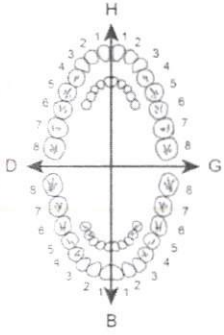
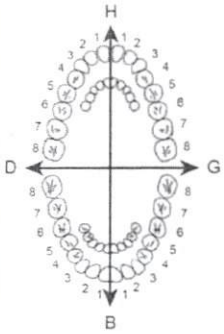
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	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

Docteur Halim SAIDI

**Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie**

Ex-Chef de service d'orthopédie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de médecine de Marrakech



الدكتور حليم سعيدي

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام
بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش
رئيس سابق لشعبة الجراحة
بكلية الطب - مراكش

07/09/2022

Marrakech le :
Nom : EL GUERMAI

Marrakech le :
Prénom : KHADJA

FACTURE :

Prestation
1 ère consultation

Total : 300

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois cent Dhs**

Signe :

Dr. Halim SAIDI
Professeur de chirurgie orthopédique - Traumatologie
Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)
Tél : 06 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40
halimsaidi@yahoo.fr
INPE : 071004438

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامارليت) - مراكش
Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1ère étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)
Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr

Docteur Halim SAIDI

Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie

Ex-Chef de service d'orthopédie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de Médecine de Marrakech



الدكتور حليم سعيد

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام
بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش.
رئيس سابق لشعبة الجراحة
بكلية الطب - مراكش

Marrakech, le : مراكش في

07/09/2022

Nom : EL GUERMAI

Prénom : KHADIJA



ORDONNANCE :

1 - DIVIDO (1 BOITE 10 GELULE LP GELULE A LP) GELULE A LP 1 BOITE
10 GELULE LP

1 cp 1 fois par jour 10 jours

2 - VOLTARENE EMULGEL (1 TUBE 100 G GEL) GEL 1 TUBE 100 G

1 application le soir pendant un mois

Signe :

صيدلية سلمى
PHARMACIE SALMA
Lot. Zerkoudi Bouaakkaz M'hamid N° 1436
Tél : 05 24 37 22 47

Voltarène Emulgel Topique
Gel pour application cutanée

Tube de 100 g



إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامارليت) - مراكش
Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1er étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)

1 sur 1 Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr

9/7/22, 12:34

viscosity filtration.