

## 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

- 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° W21-696518

136258

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8127 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAMMOU ABDELOUAHE

Date de naissance : 21/05/1955

Adresse :

Tél : 0661571477 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/22

Nom et prénom du malade : Ben Hammo Abdellah

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

Nature de la maladie : on traumatologie orthopédie

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
15/10/12	28		200,00	Dr. GRANE Adjoint
				Chirurgien Spécialiste
				en Traumatologie orthopédique
				4, Rue Smara, Quartier Moderne
				Tél. 05.23.42.30.70 / Béni-Mellal

# 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
Dr. GRANE Adjoint	17/10/12	Rx	200,00
Chirurgien Spécialiste			
en Traumatologie orthopédique			
4, Rue Smara, Quartier Moderne			
Tél. 05.23.42.30.70 / Béni-Mellal			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
						MONTANTS DES SOINS																
						DEBUT D'EXECUTION																
						FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</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		25633412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																						
25633412	21433552																					
00000000	00000000																					
G																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 GRANE Abdeljalil**

Chirurgien  
Spécialiste en Traumatologie-orthopédie  
Ex. Médecin Chef du Service  
de Traumatologie CHR Béni-Mellal  
Arthroscopie - Chirurgie Prothétique  
Echo Ostéo Articulaire - Traumatologie du sport  
Ex. Médecin interne au CHU de Nîmes  
et CHR de Vienne 38 en France



**الدكتور كُرَان عبد الجليل**

أخصائي  
جراحة العظام وتقويم المفاصل  
رئيس قسم جراحة العظام سابقا  
بالمستشفى الجهوي بني ملال  
الجراحة بالمنظار- جراحة الروماتيزم  
الكشف بالصدى- رضوض الرياضة  
طبيب سابقا بمستشفيات نيم و فييان 38 بفرنسا



Béni Mellal, le : 17/10/22 في بني ملال،

## COMPTE- RENDU RADIOLOGIQUE

**BEN HAMMOU SALIM**

Rx du pied F-3/4

Abdeljalil Grane  
08/10/22

CACHET ET SIGNATURE

Docteur GRANE Abdeljalil  
Chirurgien Spécialiste  
en traumatologie orthopédie  
1, Rue Smara, Quartier Moderne  
Tél : 05.23.42.30.70 / Béni-Mellal

4, Rue Smara, Quartier Moderne, Béni Mellal زقة السمارة، الحي العصري، بني ملال

Tél: 05.23.42.30.70 : الهاتف

Email : grane01@gmail.com

المستعجلات : 06.61.30.33.88 : Urgence



Docteur GRANE Abdeljalil

Chirurgien

Spécialiste en Traumato-orthopédie

Ex. Médecin Chef

du service de traumatologie

CHR Béni-Mellal



الدكتور غران عبد الجليل

أخصائي

جراحة العظام وتقويم المفاصل

رئيس قسم جراحة العظام سابقا

بالمستشفى الجهوي بني ملال

Béni Mellal : 17/10/2022

# FACTURE

N° : 476/2022

Nom & Prénom : **BEN HAMMOU SALIM**

ACTES	PRIX
Consultation	200.00
Rx pied	200.00
	400.00 DH

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE QUATRE CENT DIRHAMS.

ICE : 001639970000049

Signe

Docteur GRANE Abdeljalil  
Chirurgien Spécialiste  
en traumatologie et orthopédie  
4, Rue Smara, Quartier Moderne, Béni-Mellal

4, Rue Smara, Quartier Moderne, Béni Mellal

4, زنقة السمارة, الحي العصري, بني ملال

Tél/Fax : 05.23.42.30.70 :الهاتف/الفاكس

Email : grane01@gmail.com

urgence :06.61.30.33.88