

# 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 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
- 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' 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**  
**M23-008389**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1796 Société : 172168  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUCHAREB ABMECIUAN  
 Date de naissance : 17-07-1953  
 Adresse : 601 ASMADI FADIA n° 10  
 TARGA - MARRAKECH  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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
12/08/23	US		300	

# 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
	12/08/23	29 chugle f + p	300

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

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 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

17/08/2023

Nom : BOCHAREB

Prénom : RAYANE

## FACTURE :

### Prestation

Contrôle

radio cheville droite face profil

Total : 300

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

Signé

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)  
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 : 17/03/2023 في مراكش

Compte rendu clinique

- examen: de cheville droite F+P

- Resultat: - matériel d'ostéosynthèse  
- pas de déhiscence osseuse  
- la partie de cheville.

**Dr. Halim SAIDI**  
Professeur de chirurgie  
Orthopédique - Traumatologie  
Rés. Nour II, Appt. 1<sup>er</sup> étage  
Bd. Hassan II, (au dessus Café La Marlette)  
Tél : 03 00 52 15 79 / 06 73 08 39 40  
halimsaidi@yahoo.fr  
INPE : 071084438

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامارليت) - مراكش  
Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1<sup>er</sup> 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