

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'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° W19-578619

50747

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID

Date de naissance : 27/05/1967

Adresse : 2 Rue GASCONE-ETG 1- AP12-80 DES HOPITAUX-CASA

Tél. : 0661691366

Total des frais engagés : 2051,90 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Meriem LOUMI
RHEUMATOLOGUE
Angle Bd 2 Mars et rue Anslem
Appt 8 Casablanca Tém 152

Date de consultation : 01/12/2020

Nom et prénom du malade : MR A. AMAROUCHE KHALID

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur articulaire

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 : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
01/12/20	CS		300 DH	INP : 091166109

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/14/20	1151,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/12/20	Rx 20 dents	300 DH
	01/12/20	Examen P.F.	300 DH
		Examen P.F. malle	

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT 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 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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[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

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويمي
بنجلون**

- أخصائية في أمراض المفاصل و العظام
- والروماتيزم
- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

01.12.2020

Mr AMAROUCHE Khalid

LOT: 19107
PER: 02/2022
PPV: 102,00 DH

LOT: 86DH40
PER: 02/23
LOT: J593-1

102,00
1 AULCER 20



1 le matin, avant le repas, pendant 7 jours.

86,40
2 DOLICOX 90



1 par jour, après le repas, pendant 7 jours.

220,00 (x2)
3 DUOFLEX



1 le matin, après le repas, pendant 2 mois. B DE 60

89,50
4 ARTIFLEX CREME ROLL-ON



1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours. puis au besoin

217,00 (x2)
5 CARTEXAN 400 BOITE DE 90



2 le soir, pendant 3 mois. 2 BOITES DE 90

Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN

DUOFLEX 30 GELULES

LOT: 190002

PER: 06/2022

PRIX: 220 DH

DUOFLEX 30 GELULES

LOT: 200002

PER: 04/2023

PRIX: 220 DH

vulgaris oil, dehydroacetic acid,
benzyl alcohol

LOT: 2780-FC7
04/2023 PPC: 89,50

LOT: 200830

PER: 05/2024

PPV: 217,00DH

LOT: 200830

PER: 05/2024

PPV: 217,00DH

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويمي
بنجلون**

- أخصائية في أمراض المفاصل و العظام
والروماتيزم
- الفحص بالصدى (باريس)
 - أمراض هشاشة العظام (باريس)
 - التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
 - العلاج بالأدوية البيولوجية

Casablanca, le 1 Décembre 2020

Mr AMAROUCHÉ Khalid

RX DES GENOUX EN CHARGE

**PINCEMENT FEMOROTIBIAL BILATERAL PLUS IMPORTANT A DROITE
AVEC DISCRETE SUBLXATION DU GENOU DROIT
PAS DE FISSURE NI DE FRACTURE OSSEUSE**

EHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES

**EPANCHEMENT ARTICULAIRE DE GRANDE ABONDANCE
HYPERTROPHIE SYNOVIALE
PAS DE KYSTE POPLITE
MENISCOPATHIE INTERNE**

Signature of Dr. Meriem Touimi Benjeloun
Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2ème étage N° 8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - CASABLANCA
0522 83 30 30
@gmail.com