

## 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

- 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° W21-612446

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5459 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAHOUÏ DRISS  
 Date de naissance : 21/08/1958  
 Adresse : LOT : SAFSAF N° 63 MARRAKECH  
 Tél. : 0619832107 Total des frais engagés : 570 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAHOUÏ SALMA Age : 20 ANS

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

Nature de la maladie : *gène de sang*

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 : MARRAKECH Le : 21/08/2021

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
24/03/21	CS	6	200,00	 
	extrait	2w	200,00	
			400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	24/03/21	400,00

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canelaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <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>25532412</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>25532411</td> <td>11433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25532412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25532411	11433552	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																		
25532412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
25532411	11433552																	
B																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**Dr. Noureddine ELGAREH**

**Chirurgien Gynécologue et Obstétricien**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Praticien Hospitalier au CHU de Montpellier

Chirurgie Mammaire Pelvienne et Oncologique

Oncologie Mammaire et Gynécologique

Reconstruction du Sein

Chirurgie Laparoscopique

Echographie Gynéco-Obstétricale

ICE : 001695213000057

**الدكتور نور الدين الكارح**

**جراحة النساء والتوليد**

خريج كلية الطب بمونبيلي

جراح سابق بقسم جراحة النساء والأكلوجية بالمستشفى الجامعي بمونبيلي

جراحة الثدي والجهاز التناسلي

اختصاصي في سرطان الثدي والجهاز التناسلي

الجراحة الترميمية للثدي

الجراحة بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي



Marrakech, le

24/8/2024 مراكش، في

PPC

PPC : 170 DH 00

CHTA Hani JMAA

Dr. Nofelie Gauthier

(910)

17000

14 Le Nakhil

6 Nakhil

Pharmacie Al Houda  
El Fekak Hamza  
Lec. Targa J. 66 - Marrakech - Tél : 05 24 34 34 33 66

Dr. Noureddine EL GAREH  
Chirurgien Gynécologue et Obstétricien  
Chirurgie Mammaire Pelvienne et Oncologique  
Oncologie Mammaire et Gynécologique  
Reconstruction du Sein  
Chirurgie Laparoscopique  
Echographie Gynéco-Obstétricale

إقامة الجوكندا، رقم 11 شارع خالد ابن الوليد قريب مدرسة النخيل جليز - مراكش - الهاتف : 05 24 43 51 51/06 06 13 86 50

Résidence Gioconda, N° 11 Boulevard Khalid Ibn Walid à Côté de l'Ecole Nakhil Guéliz - Marrakech - Tél. : 05 24 43 51 51/06 06 13 86 50



**Dr. Noureddine ELGAREH**

Chirurgien Gynécologue et Obstétricien

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Praticien Hospitalier au CHU de Montpellier

Chirurgie Mammaire Pelvienne et Oncologique

Oncologie Mammaire et Gynécologique

Reconstruction du Sein

Chirurgie Laparoscopique

Echographie Gynéco-Obstétricale

ICE : 001695213000057



**الدكتور نور الدين الكارح**

**جراحة النساء والتوليد**

خريج كلية الطب بمونبيلي

جراح سابق بقسم جراحة النساء والأكلوجية بالمستشفى الجامعي بمونبيلي

جراحة الثدي والجهاز التناسلي

اختصاصي في سرطان الثدي والجهاز التناسلي

الجراحة التقيويمية للثدي

الجراحة بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

مراكش، في ..... Marrakech, le

**24/03/2021**

**Melle CHAHOUI SALMA**

**FACTURE**

Consultation

: 200.00 DH

Echographie

: 200.00 DH

=400.00 DH

(Quatre cent dirhams)

Dr. Noureddine ELGAREH  
Chirurgien Gynécologue et Obstétricien  
Chirurgie Oncologique et Mammaire  
Réc. Gioconda, N° 11 Boulevard Khalid Ibn Walid  
Guéliz - Marrakech - Tél. : 05 24 43 51 51 / 06 06 13 86 50  
ICE : 001695213000057

إقامة الجوكندا، رقم 11 شارع خالد ابن الوليد قرب مدرسة النخيل جليز - مراكش - الهاتف : 05 24 43 51 51 / 06 06 13 86 50

Résidence Gioconda, N° 11 Boulevard Khalid Ibn Walid à Côté de l'Ecole Nakhil Guéliz - Marrakech - Tél. : 05 24 43 51 51 / 06 06 13 86 50

**Dr. Nouredine ELGAREH**

Chirurgien Gynécologue et Obstétricien

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Praticien Hospitalier au CHU de Montpellier

Chirurgie Mammaire Pelvienne et Oncologique

Oncologie Mammaire et Gynécologique

Reconstruction du Sein

Chirurgie Laparoscopique

Echographie Gynéco-Obstétricale

**الدكتور نور الدين الكارح**

**جراحة النساء والتوليد**

خريج كلية الطب بمونبيلي

جراح سابق بقسم جراحة النساء والأكلوجية بالمستشفى الجامعي بمونبيلي

جراحة الثدي والجهاز التناسلي

اختصاصي في سرطانات الثدي والجهاز التناسلي

الجراحة الترميمية للثدي

الجراحة بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي



ICE : 001695213000057

مراكش، في 24/8/2024

Dr. CHABOU SALHA et  
Monsieur de famille  
de la structure Nale.  
Les deux sont différents  
Micrologiques.  
Absence de l'axe blanc  
falsification.  
Absence d'epaisseur pelvis  
falsification.

إقامة الجوكندا، رقم 11 شارع خالد ابن الوليد قرب مدرسة النخيل جليز - مراكش - الهاتف : 05 24 43 51 51/06 06 13 86 50

Résidence Gioconda, N° 11 Boulevard Khalid Ibn Walid à Côté de l'École Nakhil Guéliz - Marrakech - Tél. : 05 24 43 51 51/06 06 13 86 50