

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11851** Société : **R.A.M**

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**

Nom & Prénom : **RAIS BOUCHRA**

Date de naissance : **20-12-78**

Adresse : **Al Zaytine 176 Lot La Beldi - Casablanca**

RESID MATHMNAH

Tél. : **0676 51 68 54** Total des frais engagés : **4734,60 Dhs**

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin

**Docteur ALIZ ALAOUI Sidi Mohammed**  
Traumatologie-Orthopédie  
117, Rue de Rome Agdal Bd. 2 Mars  
Casablanca - Tél : 05 22 05 51 52

Date de consultation : **01/04/2021**

Nom et prénom du malade : **RAIS BOUCHRA**

Lien de parenté :  **Lui-même**,  **Conjoint**

Nature de la maladie : **Problème de l'épaule**

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 : **12 MAI 2021**

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **N° W21-627980**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
11/1/21	2		300 Dhs	INF : 091016501 Docteur AZIZ ALAOUI Sidi Mohammed Traumatologie-Orthopédie 117, Rue de Roma Agnie Bd. 2 Mars Casablanca - Tél.: 05 22 85 81 62

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIMOSA Noureddine MOKHLIS R.R 322 Am6 Beni Mekka Mansouria Ben Slimane - tél.: 05 23 32 93 41	01/04/2021	134,60

## 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
		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.

## RELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
Arthoscopie - Prothèses articulaires  
Médecine de Sport  
Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars  
2<sup>ème</sup> Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca  
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11  
E-mail : azizalaouim59@gmail.com



**الدكتور عزيز علوي محمد**

أمراض وجراحة العظام والمفاصل  
المفاصل الإصطناعية  
الطب الرياضي  
خريج كلية الطب بتولوز

117، زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس  
الطابق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22.86.02.11 - الفاكس: 05 22.85.51.52  
البريد الإلكتروني: azizalaouim59@gmail.com

الدار البيضاء في

Dr. AZIZ ALAOUI Sidi Mohammed  
Casablanca, le 117 Rue de Rome  
Traumatologie-Orthopédie  
117, Rue de Rome Agm'a Bd. 2 Mars  
Casablanca - Tél.: 05 22.85.51.52

4-21  
D. S. R. A. S. I. S  
R A I S

49,60  
N) D-CURE - Amp 15  
1 / 15 jour 4  
Fais

184,00

29 INFLAX. - Gel 15  
3 Appl. (j x 14) - 1  
- 15 جزء - 1  
- 15 جزء - 1

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL  
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUSSI  
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الإستعجال: مصحة أنوال

14، زنقة زكي الدين الطاوي  
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

3) OxidB - 100 - 15

$$(82,000 \times 2) \times 10^{-8-1} \times 14$$

34.50

W) DULASTAN - Sp.

As

$$15 \times 14j$$

434.60

الكتاب

~~Dr. AZIZ AL AQUI Sidi Mohammed  
Traumatologie et Chirurgie orthopédique  
117, Rue de Rome Avenue Bd. 2 Mars  
Casablanca - Tel. 05 22.85.51.52~~

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg دولاستان  
Boîte de 20 comprimés على بطاقة 20 قرصاً

**37,00**

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

NOVOPHARMA	10022
UT.AV	LOT
22	P.P.V
	82.00

NOVOPHARMA 10022  
UT.AV 82 P.P.V 82.00  
LOT

CE : 124112018/UPCHC/DMP20

**PHARMACIE MIMOSA**  
Noureddine MOKHLIS  
R.R 322 Km6 Beni Mekraz Mansouria  
Ben Slimane - Tél.: 05 23 32 93 41

كبسولة 20

20 كنسوا