

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059206

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : S. IDOU Yassin

Date de naissance : Rue Nicheles Quartier Rayan

Adresse : Bld Mubain NSR n° 174 NSR Casablanca

Tél : 0661 47 22 29 Total des frais engagés : 66,60 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MOUJAHID Mohammed  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir  
Loulaj N°27 - Casablanca  
Tél: 0529 981 618 / 0661 226 001

Date de consultation : 16/04/2021

Nom et prénom du malade : S. IDOU Yassin Age : 19/10/2001

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : arthrose cervicale

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 : 16/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# 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                                                                                                          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16/04/2021      | G                 |                       |                                 | Dr MOUJAHID Mohammed<br>Chirurgien Traumatologue<br>Orthopédiste<br>17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir<br>Ladaji N°27 - Casablanca<br>Tél: 0522 981 610 / Ure: 0661 770 081 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                         |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur               | Date       | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Pharmacie NACHIR EL ZOUIN<br>05 22 53 79 68<br>14 N° | 16.04.2021 | 56,60                 |
|                                                      |            |                       |
|                                                      |            |                       |
|                                                      |            |                       |
|                                                      |            |                       |
|                                                      |            |                       |
|                                                      |            |                       |
|                                                      |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien                                                                                         | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                                                                                                          |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| BENLAKDAM Abdelhak<br>INFIRMIER<br>30, Rue El Kadissia Derb Ghalet<br>Casablanca<br>Tél: 0650 74 59 13 - Port N° 3470200 | 20/05/21       |        | 1  | 39 |    | 20,00                           |
|                                                                                                                          |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                                                                          |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                                                                          |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                                                                          |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                                                                          |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                                                                          |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|-------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
| H                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| 25533412<br>00000000      | 21433552<br>00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| D                         | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| 00000000<br>35533411      | 00000000<br>11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| B                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | 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 MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté  
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :  
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main  
et nerfs périphériques, pathologie de sport

## الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام و المفاصل  
جراحة اليد و الأعصاب  
الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : 16/04/2021

MR SIMOU YASSIN

- Diprostene  
1 boîte en injection intramusculaire

56,60



Pharmacie MA PERLA  
Dr Mervem RYACH  
Tél : 05 22 98 61 61  
Dr MOUJTAHID Mohammed  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17-19, Abdelmoumen & El Bachir  
Laalaj - Casablanca  
Tél: 0522 98 61 61 / Uro.: 0661 770 081

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj  
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610  
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081