

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 A. A. B. 40000 Agadir - 6ème étage, angle rue Mohamed V et Rue Abdou Karim - Quartier de l'Horloge  
Tél : 05 24 23 15 45 - Fax : 05 24 23 78 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-631618

73290

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **4588**

Matricule : **4588** Société : **MUPRAS (RAM)**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BADOU Abdelkhalik**

Date de naissance : **01/01/1957**

Adresse : **63 lot Jardins Targa 40120 Marrakech**

Tél : **0656872525** Total des frais engagés : **816,80** Dhs

### Cadre réservé au Médecin :

**DR BRITEL SARA**  
ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale  
INPE : 071254544  
Appel 3, 3ème étage, Rés Caroline, Angle Bd Med VI  
& AV 4ème DMM, Curjiz - Marrakech  
Tél : 06 62 62 01 90 / Fixe : 05 24 43 34 59

Cachet du médecin :

Date de consultation : **24 / 05 / 2021**

Nom et prénom du malade : **BADOU Abdelkhalik** Age : **01/01/57**

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

Nature de la maladie : **Rhinite**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué des 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 : **24 / 05 / 21**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-631618

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 : **4588**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : **816,80**

Date de dépôt :



# 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
24/05/21	- CS -		350,00	INPE 07125454 ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale NPE: 07125454 Appt 3, Centre des Carotides, Angle Bd Med VI & Av 4 cme DMM, Curiliz Marrakech Tel: 06 62 62 01 99 / Fax: 05 24 43 34 59

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24/05/21

466,80

**PHARMACIE AL HILAL**  
Dr. MOHAMED TAZI  
J114 opération Iziki II - Azli sud  
Marrakech - Tél. : 044 34 29 98  
INPE 72005622

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	<p>H</p> <p>28000412 21400006</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35033411 11433003</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



مصحة الرحمة  
Clinique **ERRAHMA**

OPHTALMOLOGIE  
MÉDECINE NUCLÉAIRE  
RADIOLOGIE  
ANESTHÉSIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHÉTIQUE  
CHIRURGIE VISCÉRALE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PÉDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
CHIRURGIE VASCULAIRE  
PNEUMOLOGIE

Lot Zineb El Masmoudi  
Targa - Marrakech

Tél : +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Fax : +212 (0) 524 397 977

تجزئة زينب المصمودي  
تاركة - مراكش

+212 (0) 524 343 461 : الهاتف

+212 (0) 524 497 111

+212 (0) 524 397 977 : الفاكس

ICE : 001576669000036

PATENTE : 45195131

CNSS : 4814457

IF : 18752001

RC : 73241

Le 20/05/21

Monsieur Badou Abdelkhalik

110,-

① - Nitazox SP

2 pulv lvaie 1/2 x 02 m

99,70

② - Labixten SP

1 pulv 1/2 x 02 m

55,10

③ - Oro pro pos les spray

1 pulv x 3 1/2 x 1 m

140,-

④ - Oedes 20 g

1 gel x 2 1/2 x 1 m

62,00

⑤ - Unisept gontils amucubus

3 gontils x 2 1/2 x 02 m

466,80

LOT: GA00631  
PER: 06/2022  
PPV: 110 DH 00

olaMar  
votre inviolabilité

LOT: 14520012  
PER: 10/2025  
PPV: 99,70 DH

Dr. Britel Sara  
J. 14, rue Mohammed VI - Agdal  
Marrakech - Tel: 05 24 34 54 54  
720055

**ROPROPOI**  
SPRAY BUCCAL  
Oral Spray

LOT: 201160  
PER: 04-2023  
PPV: 140,00 DH

200011 0923  
LOT UTAV  
NEWPHARMA  
RPC  
27, rue  
Dante  
NEUVILLE  
6, rue  
Quartier  
Tél: +212

**DR BRITEL SARA**  
ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale  
INPE: 071254544  
Appt: 3ème étage Res Caroline, Angle Bd Méd V  
& Av. Mohammed VI - Marrakech  
Tel: 06 62 62 01 90 / Fixe: 05 24 43 34 59

E-mail : contact.cliniqueerrahma@gmail.com | www.cliniqueerrahma.ma



# CLINIQUE ERRAHMA

MARRAKECH  
Tél : 05.24.34.34.61  
Fax : 05.24.39.79.77

## F A C T U R E

N° 3 704 / 2021 du 24/05/2021

Nom patient	BADOU ABDELKHALEK	Entrée 24/05/2021	Sortie 24/05/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

	Total général	350,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	350,00				350,00	0,00

CLINIQUE ERRAHMA  
LOT 2 - ZONE INDUSTRIELLE - BOULEVARD TARGA  
Tél : 05 24 34 34 61 / 05 24 497 111  
Fax : 05 24 39 79 77  
(4)