

## 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

- 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-489335

79316

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2577

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MARTY - MOHAMED

Date de naissance :

09-05-1952

Adresse :

HASITUILLI

Tél. :

0522906797

Total des frais engagés :

1621,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/07/2026

Nom et prénom du malade :

MARTY MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Jeune adulte de MP (Médical Professionnel) avec certificat

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 :

CASA

Le :

28/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

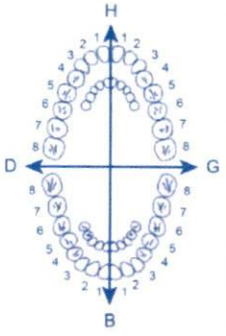
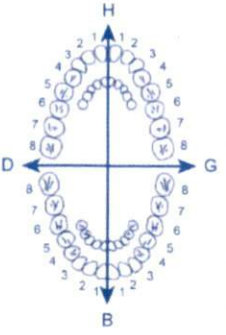


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/12/14	S		300	Dr: 09/11/16/17/14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/20/25/14	421,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	7/7/16	Rx Main Ite Flr	300

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<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		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															

**Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA**  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- \* Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- \* Ancien Interne des Hôpitaux de France
- \* Ancien Praticien en Belgique
- \* Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- \* Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- \* Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- \* Chirurgie de la Main et Pied
- \* Chirurgie Arthroscopique



**الدكتور عبد الرحمان أبو شامة**  
إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

- \* شهادة من جامعة لوفان ببروكسيل
- \* طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- \* ممارس سابق ببلجيكا
- \* دبلوم في الطب الرياضي والإصابات برنس
- \* الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- \* جراحة الكسور والروماتيزم
- \* جراحة العمود الفقري
- \* جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : 07/07/2024 في : الدار البيضاء،

Dr MARTY Mohamed

24.90

Costaligine 4

15 x 415 n

1780

**Arcoxia 60 mg**  
7 comprimés  
P.P.V: 117.80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 451/16DMP/21/NT0  
3880 70042678  
080916-1  
6 118001 160020

2 ARCOXIA 60

14450

15/1 an 2h 2m

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

3 13700

MEZOR 200

15/1 le matin

4 44150

REUMANE gelule

1 gel x 2/1

1ms

1 gel / 1

2ms

**REUMADEF Capsules**  
Contenu 16,35 g  
LOT:  
PER:  
PPC: 137.00 DH

T476  
11/2023

61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca الدار البيضاء - الألفة - شارع واد درعة، 61

Urgences : 06 61 24 13 16 - Tél. : 05 22 27 48 01 : الهاتف



**Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA**  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- \* Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- \* Ancien Interne des Hôpitaux de France
- \* Ancien Praticien en Belgique
- \* Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- \* Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- \* Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- \* Chirurgie de la Main et Pied
- \* Chirurgie Arthroscopique



**الدكتور عبد الرحمان أبو شامة**  
إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- \* شهادة من جامعة لوفان ببروكسيل
- \* طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- \* ممارس سابق ببليجيكا
- \* دبلوم في الطب الرياضي والإصابات برنس
- \* الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- \* جراحة الكسور والروماتيزم
- \* جراحة العمود الفقري
- \* جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : ٠٢ / ٠٦ / ٢٠٢٤ : في : الدار البيضاء،

Compte rendu de la  
radiographie main droite

Nom, Prénom = MABTY Mohamed

Protocole :

Aucun lésion ostéo articulaire

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca  
09 13 16 24 06  
Tél: 05 22 27 48 01 - Urgences: 06 61 24 13 16

# Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

- Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- Ancien Interne des Hôpitaux de France
- Ancien Praticien en Belgique
- Diplôme de Médecine et Traumatologie du Sport de Reims
- Chirurgie Traumatologique du Rhumatisme
- Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- Chirurgie de la Main et Pied
- Chirurgie Arthroscopique

TEL : 05 22 27 48 01

## FACTURE

- 7/7/2024
- MA BTY  
MOHAMED  
DH
- Consultation : 300,00 DH
  - Acte : 1
  - Radio : 300,00 DH
  - Montant : 600,00 DH

Dr. Abderrahmane ABOUCHAMA  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
61, Bd. Oued Tadjine Oujda - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 01 - Urgences : 06 61 24 13 16