

## 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.



**MUPRAS**

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

## Declaration de Maladie

N° W21-619362

76331

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11340 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRANI HANANE

Date de naissance : 10/01/1992

Adresse : EL JINANE OIX 12 Ain chkef Mly yaacoub fes

Tél. : 0666 890 176 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUTAYEB FAWZI  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
CHU Hassan II - FES

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Giffle de Rouleau

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 : 03/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-619362

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 :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03/05/2011	CL		350,0	<p>Dr. <b>BOUMELAL D.</b>  <b>INF:</b> Chirurgien Traumatologue  Orthopédiste  CHU Hassan II - FFS</p> <p><b>CLINIQUE AR-RAT</b>  N° 10, Way Anas I, Algiers 16000</p>

CHU Hassan II - FES  
**CLINIQUE AR-RAZI**  
N° 10, Hay Anas 1, BORDJ BOU CHIKEL - FES  
Tél : 05 35 96 08 88 / 05 35 96 08 89

[illegible]

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	
	06/05/21		12	Seance		144000

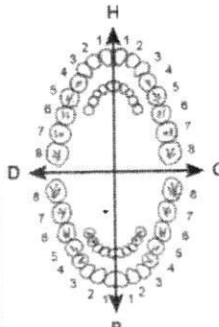
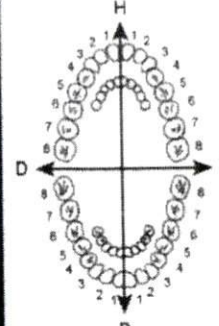
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaire, 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 <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21493552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11493553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Fès: 06/10/2021

## Facture / Devis

Nom et Prénom : *Mme Amrani Hamane* N° Facture :

Nombre de séances	Prix De la Séance	Montant
<i>12 séances</i>	<i>1200 DH par séance</i>	<i>14400 DH</i>

N° de la séance	Date de la séance	N° de la séance	Date de la séance
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

N°Patente : 13120382 /IFN° : 40244085 /N°CNSS : 9678808

ICE - 000519976000094



Fès: 08/07/27

## Facture / Devis

Nom et Prénom : *Mme Amrane Hanane*

N° Facture: *0012820727*

Nombre de séances	Prix De la Séance	Montant
<i>12 séance</i>	<i>120 DH par Séance</i>	<i>1440 DH</i>

N° de la séance	Date de la séance	N° de la séance	Date de la séance
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

N°Patente : 13120382 / IFN° : 40244085 / N°CNSS : 9678808

ICE : *000519376000000*





# مصحة الرازي CLINIQUE AR-RAZI

## ORDONNANCE

• ANESTHÉSIE  
RÉANIMATION

• ONCOLOGIE

• RADIOTHÉRAPIE

• CARDIOLOGIE

• CHIRURGIE

• GYNÉCOLOGIE

• PÉDIATRIE

• MÉDECINE

• RADIOLOGIE

Fès le

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

Dr. Nuphar Gueff de Rohley  
in charge

— Graisse elevante Actey + f  
et Abduely  
R Intey (maie au Des)

— Graisse Rohle Exhelen + y



- for Manila to aback the party  
Grant of Debt

- Imprecation

( 12 Sealed )

PL. BOUTAYES FIVE  
CHU 107 67 12 28 13  
CHU 107 67 12 28 13  
CHU 107 67 12 28 13



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 06 / 01 / 2021

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 11340 e-mail : hamani.royalairmaroc@gmail.com Phones : 0666890176  
Nom et Prénom de l'adhérent : AMRANI HANANE  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.  
Nécessite : Le traitement de l'arthrose de l'articulation de la hanche gauche  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 12 Seauve  
Le prolongation  
Une hospitalisation de (approximatif)  
A (préciser l'établissement hospitalier)

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.





# مصحة الرازي

## CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 03/05/2021

### NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Pr. PR BOUTAYEB

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Tél : 06.61.48.00.22

Specialité : TRAUMATOLOGUE

N° C.N.S.S. :

I.F. :

Taxe Prof. :

I.C.E :

N° Facture :

N° Dossier : X1E035720

Patient : AMRANI HANANE

Montant honoraire : 350.00

Pr. BOUTAYEB FAWZI  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
CHU Hassan II - FES  
CLINIQUE AR-RAZI  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
Tél: 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89  
Fax: 05 35 96 86 69  
GSM: 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98  
E-mail: cliniquearrazi@gmail.com

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69  
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com