

# 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 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  
33000 - 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

A l'attention de la  
**Déclaration de Maladie**

N° P19- 065108

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3571 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRAI Abdelkader

Date de naissance : 28.09.1957

Adresse : 1117 AZLI SUN NARRAGUECH

Tél : 06 01 54 82 70 Total des frais engagés : 363,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ERROUSSAFI EL MILOUDI  
Médecine Echographie Gc  
Médecin Assermenté  
441, Bd. Laayoune Izik  
MARRAKECH

Date de consultation : 29 JUL. 2021

Nom et prénom du malade : ZARRAI Abdelkader Age : 64

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

Nature de la maladie : 1117 AZLI SUN NARRAGUECH

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.

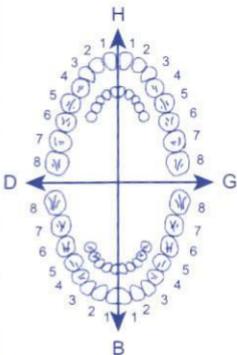
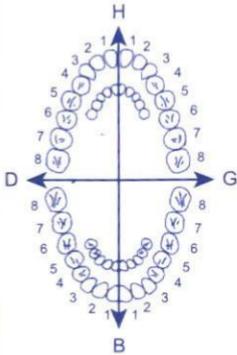
Fait à : Marrakech Le : 28/07/2021

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   |
| 29 JUIN 2021                   | 15 chs<br>Alp     | 1 fco                 | 150 000                         | DR. ERROUSSA EL MILOUDI<br>Médecine d'urgence<br>Médécine d'urgence<br>441, Bd - av. une Iziki<br>MARDAKCH |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|  | 29.07.2024 | 213,10 Dh             |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |


[illegible][illegible]

| <b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|--|---|---------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                     |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                                       |   |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                                     | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> |                     |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> |
|  | H   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552            |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D   | G                   |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411  | 11433553            |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES               |  | Dents<br>Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                                    |
|-------------------------------|--|--|------------------|-------------|------------------------------------|
|                               |  |  |                  |             | <div>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             | <div>MONTANTS DES SOINS</div>      |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             | <div>DEBUT D'EXECUTION</div>       |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             | <div>FIN D'EXECUTION</div>         |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES |  | <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div>  $\begin{array}{r l} & H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline & B \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | <div>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             | <div>MONTANTS DES SOINS</div>      |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             | <div>DATE DU DEVIS</div>           |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             | <div>DATE DE L'EXECUTION</div>     |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |
|                               |  |  |                  |             |                                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur ERROUSSAFI EL Miloudi**

Médecine Générale

Diplomé en Echographie Générale

D.U. de Diabétologie

D.U. de Diététique Médicale

Mésothérapie

Médecin Assermenté Expert auprès

des Tribunaux du Royaume

Certificat Médical du Permis de Conduire

**الدكتور الروصافي الميلودي**

الطب العام

مجاز في الاكوغرافية العامة

مجاز في مرض السكري

مجاز في علم التغذية الطبية

موضعي

لكم المملكة

ة السياقة

PPV: 14DH00

PER: 06/24

LOT: K1763

Marrakech le : 29 JUL. 2021



Mr LARAI Abdelatif

14.00

① - Doliprane (Sur rg) 1ste

120.40

1ste (afel el soir)

② - Clavulin SA rg, 1<sup>re</sup>

63.40

1ste (afel el mi)

③ - Mag2 (Ayr Brn) 1ste

15.80

1ste (afel el mi)

④ - Vibe 1000 mg

213.40

1ste

PPV: 120.40 DH  
LOT: 644491  
PER: 12/21



63.40

ERROUSSAFI EL MILLOUDI  
Méd. Générale  
Marrakech - Tél : 05 24 34 33 33

PPV 15DH30  
EXP 12/2023  
LOT 0D051



DR. ERROUSSE T. EMMERD

Noms

10

GB44 / GB90 / BP15 / P25 / F124

01/01/2000

35C501H

3,5H

02:07:14



Prof. 18,3 64 / 64



Prof. 18,3

0hd

# عيادة الطب العام والفحص بالأمواج فوق الصوتية

## Cabinet de Médecine Générale et d'Echographie

**Docteur ERROUSSAFI EL Miloudi**

Médecine Générale

Diplômé en Echographie Générale

D.U. de Diabétologie

D.U. de Diététique Médicale

Mésothérapie

Médecin Assermenté Expert auprès

des Tribunaux du Royaume

Certificat Médical du Permis de Conduire

**الدكتور الروصافي الميلودي**

الطب العام

مجاز في الاكوغرافية العامة

مجاز في مرض السكري

مجاز في علم التغذية الطبية

علاج الأمراض بالحقن الموضعي

طبيب محلف خبير لدى محاكم المملكة

الشهادة الطبية الخاصة برخصة السياقة

مراكش في : 29 JUL. 2021

### COMPTE RENDU D'UNE ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Nom et Prénom du client : ERRATI Abdelatif

- Vésicule libre, non lithiasique.
- Voie biliaire principale de calibre normal.
- Foie de volume normal et d'échostructure homogène, ainsi que le pancréas et la rate.
- Les reins sont de volume normal, de contours réguliers et présentent une bonne différenciation cortico-médullaire.
- Absence de ganglion profond visible.
- Absence d'ascite.

### CONCLUSION :

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE**

Dr. ERROUSSAFI EL MILLOU  
Médecin Echographie Générale  
Médecin Assermenté  
Laâyoune Iziki  
MARRAKECH

411 ، شارع العيون ، إزيكي - مراكش - الهاتف : 05 24 34 33 33

411 , Boulevard Laâyoune Iziki - Marrakech - Tél : 05 24 34 33 33