

## 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

- Reclamation : [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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhir 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-570688

*par courrier*

*89827*

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

*1435*

Société :

*R.A.M.*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

*LAKHAL Mohamed*

Date de naissance :

*1/1/1944*

Adresse :

*n° 84 lot Saada Mévra Marakech*

Tél :

*05 24 43 24 83*

Total des frais engagés :

*705*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur CHERAI Mohamed**  
**CARDIOLOGUE**  
55, BD Zerkouni - Marrakech  
Guéliz, Tél: C : 044 43 23 25

Date de consultation :

*15/10/2021*

Nom et prénom du malade :

*Mr. Rachid Mohamed*

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

*HTA - Sufite Arteriel*

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 : *18/10/2021*

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
15/10/21	Examen	650,00	07104103	Docteur CHERAT Moha CARDIOLOGUE 55, BD Zerkouni - Marrakech Guéliz, Tel: 06 4 4 4 4 4 4

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Ville 19, Imm. 179 H y Saada Marrakech Tel: 05 24 44 79 89	15/10/21	55,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

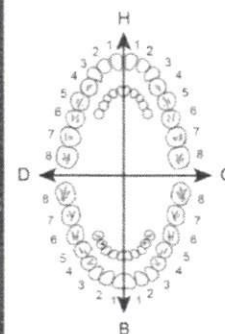
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

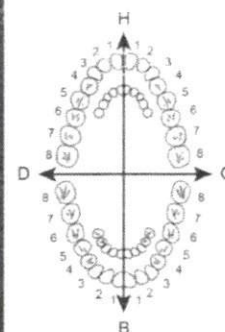
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



# Cabinet de Consultations et d'Explorations Cardiaques

**Docteur CHERAI Mohamed**

Cardiologue

Diplômé de la Faculté

de Médecine d'Amiens (France)

Diplômé en Stimulation Cardiaque

Ex-Médecin Attaché au CHU d'Amiens

**الدكتور الشراي محمد**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والتحريك الآلي للقلب

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات أميان (فرنسا)

Marrakech, le 15/10/22 في مراكش

Dr Khal Mohamed

si Soin dentaires

55,00 Amoxicil 1g

2 cp (1 heure avant)

à chaque geste

S.V.

**PHARMACIE D. LA BASE**  
19, Imm. 179 H. Y Saada  
Menara Marrakech  
Tél : 05 24 41 79 89

Docteur CHERAI Mohamed  
CARDIOLOGUE  
55, Bd Zerktouni - Marrakech  
Guéliz, Tél: C : 044 43 23 25

55, شارع الزركطوني مدخل س. الطابق الأول على اليسار (فوق تأمينات بلكاھية) جليز - مراكش  
55, Bd. Zerktouni, Entrée C. 1ère étage à Gauche (Au dessus des Assurances Belkahia) Guéliz - Marrakech  
Tél. : (Cabinet) : 05 24 43 23 25 - GSM : 06 61 24 05 92

# Cabinet de Consultations et d'Explorations Cardiaques

Docteur CHERAI Mohamed

Cardiologue

Diplômé de la Faculté

de Médecine d'Amiens (France)

Diplômé en Stimulation Cardiaque

Ex-Médecin Attaché au CHU d'Amiens

الدكتور الشراي محمد

اختصاصي في أمراض القلب والشرائين

والتحريك الآلي للقلب

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات أميان (فرنسا)

DATE LE :

15/10/21

## NOTE D'HONORAIRES

NOM ET PRENOM :

Lekehal Mohamed

EXAMEN :

Echodoppler Cardiaque

HONORAIRES :

Six Cent cinquante DHS  
(650,00 DHS)

INPE :

071041032

Docteur CHERAI Mohamed  
CARDIOLOGUE  
55, BD Zerkouni - Marrakech  
Guéliz, Tél: C : 044 43 23 25