

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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 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
- 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 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° M21- 0006511

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10030 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SIFAT SAID

Date de naissance : 04/12/1958

Adresse :

Tél. 0667749481 Total des frais engagés : 150 + 182,60 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHADRAOUI Mohammed Rachid  
Spécialiste en médecine de sport  
4ème Etage, 137, Lotissement Haddouji Sidi Maarouf  
Casablanca  
GSM : 0678 21 87 20

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : SIFAT SAID

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose cervicale, Douleur de l'épaule

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 : 01/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-006511

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



# 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
01/12/2021	C	1	150 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay Essaada Essaada N°262 - S. Maarouf 0522.97.22.70/0522.97.25.65 Casablanca	01.12.21	182,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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

# Dr KHADRAOUI Mohammed Rachid

- Diplome de Medecine de sport de l'université de NICE-SOPHIA ANTIPOLIS France
- Diplome de Maladies des os et articulations université de Bordeaux France
- Diplome de diabetologie et nutrition université de Bordeaux France

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

LOT: M21011  
EXP: DEC 2023  
PPV: 52.00 DH

LOT: M20094  
EXP: MAY 2023  
PPV: 52.00 DH



## الدكتور الخضراوي محمد رشيد

- متخصص في الطب الرياضي من جامعة نيس صوفيا أنتيبوليس فرنسا
- دبلوم الفحص بالصدى من جامعة مونبيلي فرنسا
- دبلوم في الطب الشرعي من جامعة رين فرنسا
- دبلوم في أمراض العظام والمفاصل من جامعة بوردو فرنسا
- دبلوم في أمراض السكري والتغذية من جامعة بوردو فرنسا
- خبير محلف لدى المحاكم المغربية

Dr. KHADRAOUI Mohammed Rachid  
Spécialiste en médecine de sport  
Lotissement Haddioui Sidi Maarouf  
Casablanca  
GSM : 0678 27 67 20

Page le 01/12/2021

SIFAT Saïd.

5660

2/ bifrostene

zim' m

vol

rep



Pharmacie Hay Essaad  
Essaad Bani An  
0522.97.22.70/0522.97.25.63  
Casablanca

5200 x 2

3/ Voltarene 100 (02 boîte)

supplé de vit

182160

Dr. KHADRAOUI Mohammed Rachid  
Spécialiste en médecine de sport  
Lotissement Haddioui Sidi Maarouf  
Casablanca  
GSM : 0678 27 67 20

611 800115 013 7  
DIPROSTONE 1 Seringue  
P.P.V. : 58,80 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

تجزة الحديوي رقم 137 الطابق الأول سيدي معروف - الدار البيضاء

Lotissement Haddioui, No 137, 1er Etage Sidi Maarouf - Casablanca

Email: drrachidkhadraoui@gmail.com Fixe : 05 22 58 44 55 - GSM: 06 78 27 67 20