

## 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** : 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-700121

116217

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1529 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUKRI ELHOUSSEINE  
 Date de naissance : 1950 à OUDJA  
 Adresse : Route Maghnia, 32 RUE ELKAFOUR, LOT MAKRI OUDJA  
 Tél. : 0661263090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16/05/2022  
 Nom et prénom du malade : CHOUKRI ELHOUSSEINE Age : 72 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
16.05.2022	C	1	250 DHS	INP: 081071029

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/2022	283.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.05.2022	22	200 DHS

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'OOF.																		
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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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



# Dr Mohammed Hajji

# الدكتور محمد حاجي

Chirurgien Orthopédiste – Traumatologue  
Chirurgie de l'Os – Articulations – Membres  
Chirurgie Prothétique – Rhumatisme  
Arthroscopie  
Diplômé de l'Université Claude Bernard Lyon  
France  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France  
30, Bd Lieutenant Belhoucine - Oujda  
05.36.68.58.05

طبيب جراح اختصاصي في  
جراحة العظام، المفاصل والأطراف  
جراحة تعويض المفاصل – جراحة الروماتيزم  
علاج الكسر وتقويم العظام  
جراحة وتشخيص أمراض المفاصل بالمنظار  
خريج جامعة كلود برنار – ليون – فرنسا  
طبيب جراح سابقا بمستشفيات فرنسا  
رقم 30، شارع ضابط بلحسين - وجدة  
05.36.68.58.05

## Ordonnance

وجدة في : 16/05/2022 A Oujda le :

CHOUKRI EL HOUSSINE (72 ans)

7200  
2200  
8000  
8200  
CELEBREX 200 (1)

1 gel / j au repas midi x 10 j

CEDOL (1)

1 cp x 2 / j apres repas x 10 j

ALGOGEL (1)

1 application x 2 / j x 10 j

CUMACURE (1)

1 gel x 2 / j apres repas x 10 j

T: 283.00  
PHARMACIE TENNIS  
Dr CHOUKRI EL HOUSSINE  
Rue Mohammed VI - 30 - Oujda  
Tel: 0536 68 58 05  
INPE: 0536 68 58 05

الدكتور محمد حاجي  
طبيب جراح اختصاصي في  
جراحة العظام، المفاصل والأطراف  
جراحة تعويض المفاصل – جراحة الروماتيزم  
علاج الكسر وتقويم العظام  
جراحة وتشخيص أمراض المفاصل بالمنظار  
خريج جامعة كلود برنار – ليون – فرنسا  
طبيب جراح سابقا بمستشفيات فرنسا  
رقم 30، شارع ضابط بلحسين - وجدة  
05.36.68.58.05



سیتا  
سیتا کوکسیت

مضاد التهاب  
مضاد لالہ

CELEBREX<sup>®</sup>

200 mg

10 GELULES



6 118000 250081

10  
سیتا کوکسیت

Lot.

29775

P.P.V :

8000

Exp.

02023

89,00

P10002678



**EL  
GEL**

**ARTICULAIRES**

100 ml e 3,38 fl oz

**FAST ACTION**

**PPC: 85 DH**

LOT: 01310824  
EXP: 06/2024





# صيدول

باراسيتامول / كودين

عن طريق الفم

Cédoï®

20 Comprimés



6 118000 180913



سنتمليك

22,00



Poids Net : 7,80g

**20** Gélules  
Voie orale

**CumaCURE®**

N° LOT : L 2770

DATE DE PER : 02/24

PVC : 87,00 DH



## Dr Mohammed Hajji

Chirurgien Orthopédiste – Traumatologue  
Chirurgie de l'Os – Articulations – Membres  
Chirurgie Prothétique – Rhumatisme  
Arthroscopie

Diplômé de l'Université Claude Bernard Lyon  
France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France  
30, Bd Lieutenant Belhoucine - Oujda  
05.36.68.58.05

## الدكتور محمد حاجي

طبيب جراح اختصاصي في  
جراحة العظام، المفاصل والأطراف  
جراحة تعويض المفاصل – جراحة الروماتيزم  
علاج الكسر وتقويم العظام  
جراحة وتشخيص أمراض المفاصل بالمنظار  
خريج جامعة كلود برنار – ليون – فرنسا  
طبيب جراح سابقا بمستشفيات فرنسا  
رقم 30، شارع ضابط بلحسين - وجدة  
05.36.68.58.05

16/05/2022

CHOUKRI EL HOUSSINE

### COMPTE RENDU RADIOGRAPHIQUE

Radiographie genou gauche :

il existe un pincement fémoro-tibial interne

الدكتور محمد حاجي  
طبيب جراح اختصاصي في  
جراحة العظام، المفاصل والأطراف  
30، شارع ضابط بلحسين - وجدة  
05.36.68.58.05



## Dr Mohammed Hajji

Chirurgien Orthopédiste – Traumatologue  
Chirurgie de l'Os – Articulations – Membres  
Chirurgie Prothétique – Rhumatisme  
Arthroscopie  
Diplômé de l'Université Claude Bernard Lyon  
France  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France  
30, Bd Lieutenant Belhoucine - Oujda  
05.36.68.58.05

## الدكتور محمد حاجي

طبيب جراح اختصاصي في  
جراحة العظام، المفاصل والأطراف  
جراحة تعويض المفاصل – جراحة الروماتيزم  
علاج الكسر وتقويم العظام  
جراحة وتشخيص أمراض المفاصل بالمنظار  
خريج جامعة كلود برنار – ليون – فرنسا  
طبيب جراح سابقاً بمستشفيات فرنسا  
رقم 30، شارع ضابط بلحسين - وجدة  
05.36.68.58.05

16/05/2022

## FACTURE

CHOUKRI EL HOUSSINE

Consultation spécialisée = 250,00 DH

Examen radiographique = 200,00 DH

Soit un total d'honoraire de quatre cent cinquante dirhams

الدكتور محمد حاجي  
طبيب جراح  
العظام - المفاصل والأطراف  
شارع ضابط بلحسين - وجدة  
05.36.68.58.05