

## RÉCOMMANDATIONS 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-567633

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R0678 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AS8266  
 Nom & Prénom : MAHDI Zoubida  
 Date de naissance : 22 AOÛT 1945  
 Adresse : 275 BL Boulevard Appt 4 AADAL/Rabat  
 Résidence AKASBAH  
 Tél : 0661223402 Total des frais engagés : 747,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Cabinet de Traumatologie Et d'Orthopédie  
Docteur Fouad AlQoh  
14 Av. Mohammed VI Appt. N°7, 2ème étage  
Salé - Rabat - Tél : 05 37 67 11 67  
 Date de consultation : 30/03/23 N°PE : 101111359  
 Nom et prénom du malade : MAHDI Zoubida Age : 1945  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DL Cervicale  
 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 : Rabat Le : 30/03/23  
 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
30/03/23	CS		250	INP : 101111359

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 102042561	30/03/23	227,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INP : 101111359	30/03/23	215	250

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 30/03/2023

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: R 0678	N° de poste: /
Nom et Prénom de l'adhérent: MAWRI Zouhida	N° Tél bureau: /
Nom et Prénom du bénéficiaire: MAWRI Zouhida	N° Tél domicile: 066423402
<b>Cabinet de Traumatologie Et d'Orthopédie</b> Docteur Fouad AlQoh 14, Av. Michelien, Appt. N°7, 2ème étage Agdal - Rabat - Tél: 05 37 67 11 67 INPE : 101111359	
Je soussigné: MAWRI Zouhida	
Estime que l'état de santé de M. M. M. MAWRI Zouhida	
Nécessite: une Radio du Rachis cervical inférieur	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) /	
Une hospitalisation de: (Approximatif) /	
A: (préciser l'établissement hospitalier) /	
Renseignement 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	
Décision:	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76



# Docteur ALQOH Fouad

# الدكتور القوح فؤاد

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
(Adultes et Enfants)

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل (الكبار والأطفال)  
خريج كلية الطب بتولوز فرنسا

Diplômé de La Faculté de Médecine  
de Toulouse France

Spécialiste de la Chirurgie des Fractures  
et du Rhumatisme  
Traumatologie de Sport - Arthroscopie - Microchirurgie  
Prothèse - Chirurgie de la Main et du Pied

جراحة الكسر، جراحة الروماتيزم، الجراحة بالمنظار،  
المفاصل الاصطناعية، جراحة اليد والرجل، الطب الرياضي  
جراح سابق بمستشفيات بفرنسا  
عضو المجلس الفرنسي لجراحة العظام والمفاصل

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse  
Membre du Collège Français de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie

الرباط، في 30/03/2023

## Ordonnance

Madame MAMRI ZOUBIDA

INEXIUM 20 MG

1 cp x 2 / jour 15 jours a jeun et après diner

PROFENID CP 100 MG

1 cp x 2 / jour 15 jours au milieu des repas midi et soir

MYDOFLEX CP

1 cp x 3 / jour 15 jours au milieu des repas

SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir benou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH  
6 118001 020591

PROFENID 100MG  
CP PEL 830  
P.P.V.: 700DH9L  
6 118000 060802

Cabinet de Traumatologie  
Et d'Orthopédie  
Docteur Fouad AlQoh  
14. Av. Michelifen, Appt. N°7, 2ème étage  
Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 11 67  
INPE : 101111359

PHARMACIE MICHELIFEN  
2, Av. Michelifen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87



MYDOFLEX® 150 mg  
Tolpérisone HCl  
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



**MYDOFLEX®**  
Tolpérisone HCl

**150 mg**

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4018  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00





# Docteur ALQOH Fouad

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
(Adultes et Enfants)

Diplômé de La Faculté de Médecine  
de Toulouse France

Spécialiste de la Chirurgie des Fractures  
et du Rhumatisme  
Traumatologie de Sport - Arthroscopie - Microchirurgie  
Prothèse - Chirurgie de la Main et du Pied

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse  
Membre du Collège Français de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie



# الدكتور القوح فؤاد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل (الكبار والأطفال)

خريج كلية الطب بتولوز فرنسا

جراحة الكسر، جراحة الروماتيزم، الجراحة بالمجهر،  
المفاصل الاصطناعية، جراحة اليد والرجل، الطب الرياضي  
جراح سابقاً بمستشفيات بفرنسا  
عضو المجلس الفرنسي لجراحة العظام والمفاصل

الرباط، في : ..... Rabat, le : 30/03/2023

## NOTE D'HONORAIRES N°145032023

**Le Docteur : AL QOH FOUAD**

**Présente à Mme MAMRI ZOUBIDA**

**Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 500DH.**  
(Cinq cent dirhams)

**Pour l'acte :**

**Consultation : oui .....250dh**

**Radio : Rx Rachis cervical de profil .....250dh**

**Et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.**

**Cabinet de Traumatologie  
Et d'Orthopédie**  
Docteur Fouad AlQoh  
14, Av. Michelifen, Appt. N°7, 2ème étage  
Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 11 67  
INPE : 101111359



# Docteur ALQOH Fouad

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
(Adultes et Enfants)

Diplômé de La Faculté de Médecine  
de Toulouse France

Spécialiste de la Chirurgie des Fractures  
et du Rhumatisme  
Traumatologie de Sport - Arthroscopie - Microchirurgie  
Prothèse - Chirurgie de la Main et du Pied

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse  
Membre du Collège Français de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie



## الدكتور القوح فؤاد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل (الكبار والأطفال)

خريج كلية الطب بتولوز فرنسا

جراحة الكسر، جراحة الروماتيزم، الجراحة بالمنظار،  
المفاصل الاصطناعية، جراحة اليد والرجل، الطب الرياضي  
جراح سابقاً بمستشفيات بفرنسا  
عضو المجلس الفرنسي لجراحة العظام والمفاصل

الرباط، في: 30/03/23  
Rabat, le :

Dr. Fouad Alqoh

### COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Rx Radios Cerveau (P)

arthrose Cerveau

Cabinet de Traumatologie  
Et d'Orthopédie  
Docteur Fouad Alqoh  
14, Av. Michelifen, Appt. N°7, 2ème étage  
Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 11 67  
INPE : 101111359

-Imm. 14 Av. Michelifen Appt. N° 7 (2ème étage) Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 67 11 67 - GSM : 06 67 99 88 35

ICE : 001677678000045 - INPE : 101111359 - PATENTE : 25739596