

## 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

- 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  
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° W21-792491

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8562

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BELBACHIR

KARIM

Date de naissance :

09 FEVRIER 1971

Adresse :

RESIDENCE LES 3 GOLFES - VILLAS -  
VILLEVERTE - BOUSKOWA - CASABLANCA

Tél. :

0663709512

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamid EL HRAICH  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd. Mly Driss 1, Casa  
Tél: 0522 833 622

Date de consultation :

17 03 / 2023

Nom et prénom du malade :

NESSOUH Samira

Age :

51

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Gonarthrose + entorse de la cheville

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 :

CASABLANCA

Le :

17 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

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
17-03-2023	K20		609,00	INP : <input type="text"/> Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgie Orthopédique 87, Bd. Mly Driss Tél: 0522 833 622

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie loplaza MOULNAKHLA PHARMA Tél: 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62	17-03-2023	320,80

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

Cheville K20 - EL HRAICHI

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

ALCOXIA 268,00  
DEVIS 5280,80 → PH

320,80

Complet

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



# Docteur hamid EL HRAICHI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

**Adultes et Enfants**

Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez-Vous

# الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/3/2023 ..... في الدار البيضاء،

Samir MESOUDI

268,00

Arcoxia 90



1 cp matin après manger

52,80

Oedo 20



1 gélule le matin à jeun

1 gélule le soir au coucher

T = 320,80

**Pharmacie**  
**MOULAY DRISS 1**  
Tél: 05 22 59 09 97 / 05 22 74 74 62

LOT 211/481  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd. Mly Driss 1, Casa  
Tél: 0522 833 622

87, شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 83 36 22

87, Bd. Moulay Driss 1er - Casablanca - Tél.: 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En cas d'Urgence «CLINIQUE LINA» - Tél.: 05 22 97 74 00)



# Docteur hamid EL HRAICHI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

## Adultes et Enfants

Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez-Vous

# الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/03/2023..... في الدار البيضاء،

SAMIRA MESAOUDI

entorse cheville droite

Shopping K 20.

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd. Mly Driss 1, Casa  
Tél: 0522 833 622

87، شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 83 36 22

87, Bd. Moulay Driss 1er - Casablanca - Tél.: 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En cas d'Urgence «CLINIQUE LINA» - Tél.: 05 22 97 74 00)



**Dr Hamid EL HRAICHI**  
**Chirurgien Orthopédiste**  
**87 ,Bd My Idriss 1er**  
**Tél: 0522,83,36,22**

ICE001691553000034

<b>FACTURE</b>	<b>0019/2023</b>
----------------	------------------

<b>DATE</b>		<b>MODE DE PAIEMENT</b>
17/03/2023	MESOUDI SAMIRA	ESPECE

	Lettres Clé	NBRE	Prix unitaire	Montant
FOFRAIT K20		1		600
	<b>TOTAL</b>			
SIX CENT DIRHAMS				

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd My Driss1, Casa  
Tél:0522 833 622