

# 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

- 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

## Declaration de Maladie

N° W21-766165

168108

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3409 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELABSSI TALAL  
 Date de naissance : 25/04/73  
 Adresse : 18 Rue la fontaine Racine CAS A  
 Tél. : 064116508 Total des frais engagés : 2463,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/05/2013

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CGM - Exclusion

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

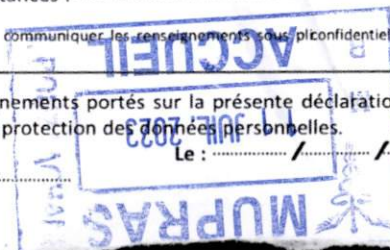
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 CNIP 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
04/05/23			300	INP : 091024937

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd, Abdellatif Ben Kaddour Tél: 077 00 00 00	04/05/23	863,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Abderrazak Hefkane Chirurgien Orthopédiste Clinique Zerkouni - Casablanca Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou	04/05/23		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

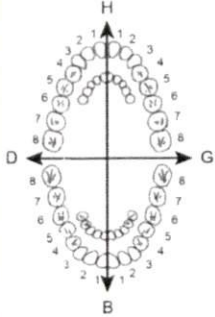
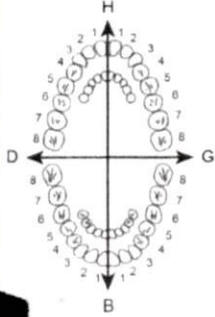
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/05/23

M. EL ABSSST JMAH

**Arixib 90 mg : 1** boîte

76,60 1 cp par jour après repas

**Andol 500 : 1** boîte

10,00 1 cp x 3 / jour

**OEDES 20 mg : 1** boîte de 14

52,80 1 gélule / jour

**ACM Baume : 1** Tube massage

189,50 1 application le soir

**PIASCLEDINE 300mg :** (3 boîtes de 30)

188,00 x 3  
863,30 1 gel par jour après repas pendant 3 mois

LOT 220197  
EXP 09/2024  
PPV 52.80DH

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H. EL-ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél. 05 22 25 33 00

Dr. Abderrazak HEFTI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle Bd. 9 Avril et Méd. Abdou

Corps  
*Body*

**CRÈME APAISANTE  
MUSCLES ET  
ARTICULATIONS**

SOOTHING CREAM  
MUSCLES AND JOINTS

75 ml



3 760095 252841

21C09 EXP 03/2024 PROD: 03/2021  
N°12102018/UPCHC/DMP20

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



بياسكلدين 300®

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصين



1 gélule / jour

1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®

LABORATOIRES

30

GÉLULES

كبسولة

بياسكلدين 300®  
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصين

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

## بياسكليدين® 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES



بياسكليدين® 300  
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

## بياسكليدين® 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour

1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®

LABORATOIRES

30

GÉLULES

كبسولة

بياسكليدين® 300  
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 221378  
EXP : 10/2025  
PPV : 10,00DH


**ANDOL<sup>®</sup>**  
PARACETAMOL

Douleurs-Etats fébriles

**500**  
mg

Voie orale



Comprimés **20x** 

 **COOPER**  
PHARMA



**ANDOL<sup>®</sup>**  
PARACETAMOL



**500**  
mg

Voie orale

Comprimés **20x** 





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/05/2023

Mr EL ABSSI JALAL

Incidence :

- 2 Genoux de face+profil+axials+schuuss
- Cervical de face+profil

Compte rendu radiologique:

- Discolithe cervicale C4 - C5
- 8<sup>me</sup> vertèbre dégénérée.

Dr. Abderrazak HEFTI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerketouni, Angle Bd 9 Avril  
& Bd Mohamed Abdou - Palmer



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/05/2023

**Facture N° 3517/23**

Mr EL ABSSI JALAL

Consultation	300DH
Radiographie	1300 DH

**Total 1600 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**//mille six Cents Dirhams //**

