

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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° W21-811941

184176

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13206 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMINE

Date de naissance : 22.07.1996

Adresse : Lot MIRIA FAKH EL KHIN

Tél : 06 62 07 74 36 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Arthrite ostéite (gros)

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 : / /

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
06/09/23	§		309,000	INP: 101045516 Dr. Mohammed DRAOUI Chirurgien Traumatologue Chellah, Rés. Ryad Hassan Rabat

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><b>Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie</b></p> <p><b>Dr. Mohamed Traoui</b>  Rég. Rés. Ryad  App. N°5 - Rabat  Tél.: 05 37 66 16 37 / 38  Urgence : 06 61 18 87 86  CE : 001654512000071</p>	06/09/23	Ty v2	300,00012

[illegible]

# 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Rabat, le

**06/09/2023**

**RADIOGRAPHIE**

**Nom : HOUMINE**

**Prénom : HAITAM**

- **Radio** : 2 pieds face.
- **Résultat :**

*fracture en 2 parties  
des 1/2 fémurs droits  
sans lésion*

**Dr. Mohammed DRAOUI**  
Chirurgien Traumatologique  
38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A  
Appt. N°5 - Rabat  
Tél.: 05 37 66 16 37 / 38  
Urgence : 06 61 18 87 66  
ICE : 001654512000071

# Docteur Mohammed DRAOUI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique  
de l'Adulte & l'Enfant

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V  
Ancien Chirurgien à l'hôpital Militaire de Rabat



06/09/23

Rabat, le

# الدكتور محمد الدراوي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل  
للأطفال والمخار

خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

## FACTURE

NOM : HOUMINE

PRENOM : HAITAM

• Radio 2 Pieds face 300.00

TOTAL : TROIS CENT DIRHAMS

(300.00DH)

Dr. Mohammed DRAOUI  
Chirurgien Traumatologique  
38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A  
Appt. N° 5 - Rabat  
Tél.: 05 37 66 16 37 / 38  
Urgence : 06 61 18 87 66  
ICE : 001654512000071

38, AV Chellah Residence Ryad Hassan A

Appt N° 5 Rabat

Urgence : +212 6 61 18 87 66

Tél : +212 5 37 66 16 37/38

38 شارع شالة اقامة رياض حسان أ

شقة رقم 5 حسان الرباط

المستعجلات : +212 6 61 18 87 66

الهاتف : +212 5 37 66 16 37/38

E-mail : dr.draouimohammed@gmail.com : البريد الإلكتروني