

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

199258

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031044

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADDALI THAMI

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : BLOC H N° 116 Lot. Hassan Kenitra

Tél. : 0564234684

Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Mohamed Karrouch

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie du sport - Arthroscopie  
Av. Alhaouz, Imm. 7, 1er étage Takaddoum Rabat  
Tél 0520107791 Urgences 0670886778  
INPE 101167161

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 MARS 2024

Nom et prénom du malade : HADRI NAJIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : P.T.G. x LODA x Tendinite de l'épaule

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 13 / 03 / 2024

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
13 MARS 2024	CS		300,00	Dr. Mohamed Karrouch Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Av. Alhaouz, Imm. 7, 1er étage Takaddoum Rabat Tél 0520107791 Urgences 0670886778 INPE 101157161

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mohamed Karrouch Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Av. Alhaouz, Imm. 7, 1er étage Takaddoum Rabat Tél 0520107791 Urgences 0670886778 INPE 101157161	13 MARS 2024	Ra de la cheville DFP	200,00
		Ra du genou G FFP	200,00
		Ra de l'épaul G FFP	200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></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																
	(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"/>															

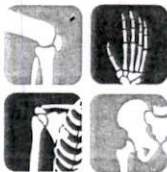
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Dr. KARROUCH Mhamed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Adultes et Enfants  
Diplômé de la faculté de médecine de Strasbourg

Ancien chef de clinique des Hôpitaux  
Universitaires de Strasbourg  
Ancien chef de service de chirurgie orthopédique  
à l'hôpital Cheikh Zaïd  
Diplôme inter-universitaire d'Arthroscopie - Paris  
Diplôme de traumatologie du sport - Strasbourg



## الدكتور قروش محمد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل للكبار والأطفال  
خريج كلية الطب بـستراسبورغ

رئيس مصلحة سابق بالمستشفى الجامعي ستراسبورغ-فرنسا  
رئيس قسم جراحة العظام والمفاصل سابقا بالمستشفى  
الجامعي الشيخ زايد بالرباط  
دبلوم الجراحة بالمنظار - باريس  
دبلوم الجراحة والطب الرياضي - ستراسبورغ

13/03/2024

Rabat, le ..... الرباط, في

Nom et prénom : HADRI NAJIA

Date de Naissance : 01/01/1948

### RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE GAUCHE FACE ET PROFIL

- Lésion de nécrose du bord interne de talus en voie de consolidation
- Respect des interlignes articulaires
- Absence de lésion osseuse suspecte

### RADIOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE FACE ET PROFIL

- PTG en place sans signe de descellement
- Respect des interlignes articulaires
- Absence de lésion osseuse suspecte

### RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE FACE ET PROFIL

- Condensation de tubercule majeur
- Respect des interlignes articulaires
- Absence de lésion osseuse suspecte

Signé : D.M. KARROUCH

Dr. KARROUCH Mhamed  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Imm. 7, Avenue Al haouz, Takadoun - Rabat  
Tél.: 06 20 10 77 91 / 06 70 88 67 78  
01167161

📍 شارع الحوز إقامة رقم 7 ، الطابق 1 التقدم - الرباط

Imm 7, Avenue Al haouz, 1er Etage Takadoun - Rabat

☎ 05 20 10 77 91 📞 Urgences : 06 70 88 67 78 ✉ Email : karrouch\_m@yahoo.fr

13/03/2024

## FACTURE

Nom et prénom du patient	Désignation	Prix
--------------------------	-------------	------

HADRI NAJIA	Consultation	300.00
	Radio de l'épaule D F/P	200.00
	Radio du genou G F/P	200.00
	Radio de la cheville D F/P	200.00

<b>TOTAL</b>	900.00
--------------	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de neuf cent dirhams.

**Dr Mhamed Karrouch**  
**Chirurgie Orthopédique et Traumatologique**  
**Chirurgie du sport - Arthroscopie**  
Av. Alhaouz, Imm. 7, 1er étage Takaddoum Rabat  
Tél 0520107791 Urgences 0670886778  
INPE 10116/161