

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

NDs 11595

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1726 Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : Benabdelkader El Ghannouchi Date de naissance : 29/12/59  
Adresse : Box Rue Mohamed Fakir N°15  
Tél. : 0663722706 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du malade : Benabdelkader El Ghannouchi Age : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : 14/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_





# 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
11/02/88	G		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie PAM</b> <b>Dr. Bouchaib AL GOUZMARI</b> <b>37 Bis, Rue Bir Anzarane</b> <b>AZEMMOUR</b> <b>Tél: 05 23 34 72 90</b>	11/02/88	285,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/02/88	2-18	200

# 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

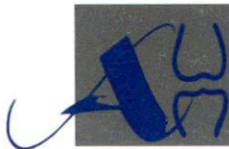
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# Dr Nouredine AMRI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



## الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة  
العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التجميلية

Le :

14/10/19

**Pharmacien: PAM**

**Dr. Bouhaib AL GOUZMARI**  
37 Bis, Rue Bir Anzarane  
**AZEMMOUR**  
Tél: 05 23 34 72 90

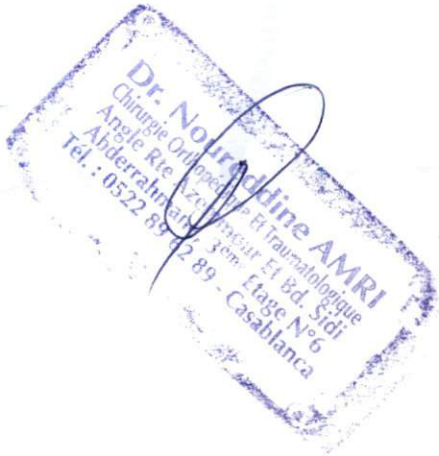
M. FILALI HAWA

210, n Flexofyde.

19 + 2

75,50 - Hydrofex

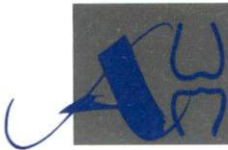
285,50



## Dr Nouredine AMRI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



## الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة  
العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التقيومية

Le : .....

14/10/2019

**Mme FILALI HINDA**

### **Radiographie de la cheville de face.**

- Matériel d'ostéosynthèse en place.
- Consolidation acquise.

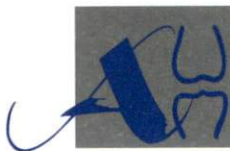




## Dr Noureddine AMRI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



## الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة  
العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التجميلية

Le : .....

14/10 /2019

### NOTE D'HONORAIRES

J'ai l'honneur de présenter mes salutations à:

Mme FILALI HINDA.

Et vous adresser selon l'usage:

Consultation 300,00 DH

Radiographie: 200,00 DH

**Arrêtée la somme à cinq cent dirhams (500,00).**

