

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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° P19-0039654

ND: 53575

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : El Houssini Hira Mohamed Amine

Date de naissance : 06-08-1963

Adresse : 80 lot Jawhar Targa

Tél. : 0661198032 Total des frais engagés : 1233 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Aziz KHARCHAFI**  
Spécialiste en médecine interne  
Rés. ISIS. 6, Rue Cap. ARRIGUI  
Marrakech. Tél. 05 24 43 68 69.

Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : KOUHEN Mounia Age: 50

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : fibromyalgie + mouvements périodiques des jambes

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En cas où le malade 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 : Marrakech

Le : 22/07/2020

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                     |
| 01/06/2020                     | Consult           | 03                    | # 400,00 DA                     |  |

attestant le Paiement des Actes

**Dr Aziz KHARCHAFT**  
\*Spécialiste en médecine interne,  
Rés. ISIS. 6, Rue Cap. ABIGUI  
Marrakech. Tél : 05 24 43 68 69.

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

[illegible]

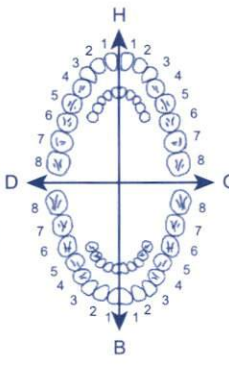
| <b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'occlusion. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                                           | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                              |                                          |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                              |                                          |
|                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 / 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 / 35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>21433552 / 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 / 11433553</p> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                          |
|                                                                                                                                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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"/> |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                              |                                          |

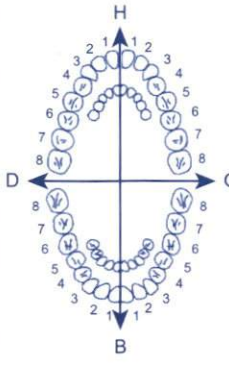
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d**

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  |                   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |  |                     |             |                            |                       |

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                 |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------|--|
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div> |                                                                                                                       |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> |  |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            | DATE DU<br>DEVIS      |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  | DATE DE<br>L'EXECUTION     |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |  |                            |                       |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr Aziz KHARCHAFI

Spécialiste en médecine interne  
Diplômé des facultés de Rabat et de Bordeaux  
Professeur de médecine interne à la faculté de médecine de Rabat  
Ancien Chef de service à l'hôpital Avicenne de Marrakech

Marrakech le 01/06/2020

Mme KOUTEN Mania.

Cymbalta 60 mg  
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes  
PPV : 496,00 DH  
AMM N°206/14 DMP / 21 / NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N° 1,27182-Bouskoura  
6 118001 070916

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Voie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697

traitement de 01 mois :

PPV:39DH80  
PER:05/23  
LOT: J1748

496,00

1/ CYMBALTA 60 mg 279 #  
#01/06/2020 #  
39,80 1 gélule matin

2/ LAROXYL gélules : 291 #  
#01/06/2020 #  
298,00 10 gélules au coucher

3/ MADOPAR 250 mg 280 #  
#01/06/2020 #  
233,80 1/4 de comprimé  
tous les 6 heures.

**Dr Aziz KHARCHAFI**  
Spécialiste en médecine interne  
Rés. ISIS. 6. Rue Cap. ARRIGUI  
Marrakech. Tél : 05 24 43 68 69.

Médecine interne • Hépatologie • Coaching santé • Check-up • Conseil

📍 Résidence Isis - 6, rue Capitaine Arrigui - Route de Targa - Marrakech

☎ 05 24 43 68 69 - ✉ drakkech@gmail.com

🌐 www.medicinmarrakech.com