

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

## Données 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.

Une attestation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions multiples, parodontologie 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.

## Prescription :

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 Radiologie :

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.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

## Autres :

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

## Information :

Une attestation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Remarque :

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.

Le suivi post-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

Information : contact@mupras.com  
En charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantissant 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.

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° W19-461741

DOS n° 8774

*Fabrice*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5920 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : HALIOUA MOHAMED  
Date de naissance : 23.10.1954  
Adresse : 42 Bd Sidi Abderrahmane Résidence ABAS  
4ème Etage APT 16 HAY ERRAHA 2030 CASABLANCA  
Tél. : 06 10 899940 Total des frais engagés : 9075,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. LATIF IDRAÏ  
TRAUMATO - ORTHOPÉDIE  
75, Boulevard Masséna  
Tél. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HALIOUA Mohamed

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Osteomyélite

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 :

23 / 08 / 2019

de l'adhérent(e) :

Dr. N. LATIF IDRAÏ  
TRAUMATO - ORTHOPÉDIE  
75, Boulevard Masséna  
Tél. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07


MUPRAS  
25 SEP. 2019  
ACCUEIL



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/19	9675,00 Dhs

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Net et signature du Coire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

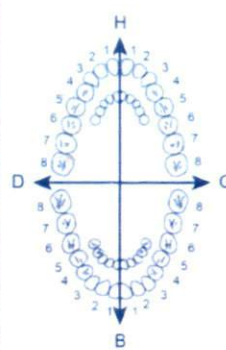
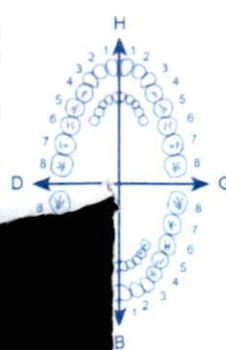
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pnié 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 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 <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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
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

VOLET ADHESIF

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
				Fin de																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-406303	Cachet MUPRAS
Date de Dépôt	Montant engagé	
	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-406303

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom .....			
Fonction : .....		Phones.....	
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date .....	Date 1ère visite
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes			Signature et cachet du médecin
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE			
Date ..23/09/2019			
Montant de la facture		9695,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : .....			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date : .....			CACHET
Nombre AM PC IM IV			
Montant détaillé des Honoraires			

Ang. Rue...  
Rég. du Caf Eig...  
22 25 86 17-GSM 06 64 78 14 78





Facture N° 19090021

Casablanca le 23/09/2019

A L'AIMABLE ATTENTION DE  
MR MOHAMED HALIOUA

Objet : Kits PRP

Code Pdt	Description	Quantité	Prix HT	TVA	Montant HT
PACK-BCT3/BCA-3	PACK-BCT 3	1	1 662,50	20%	1 662,50
SF-21U503C/BA	RegenKit ACR-C Plus	1	1 500,00	20%	1 500,00
R-EXB/T2	RegenKit EXTRACELL BMC2	1	4 900,00	20%	4 900,00

Montant total HT : 8 062,50

Montant Total TVA : 1 612,50

Montant total TTC : 9 675,00

Arrêter la présente facture a la somme de : Neuf mille six cent soixante quinze Dirhams  
TTC

*payé le 30*

*Kit PRP*



-MDV medical device Société à Responsabilité Limitée

Angle Bd Omar Khayam et rue colibris, Résidence du CAF 3ème étage N°8, Casablanca

Tél: 05 22 25 86 17/ 0661 45 89 58

Patente : 36337217 CNSS : 4324381 RC : 319377 IF : 15239203 ICE : 001664684000034

Dr N. Latif - IDRISSE

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

Chirurgien Orthopédiste

جراحة العظام و المفاصل

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique



خريج كلية الطب بنانت

رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

Dr Halout Al

peut me estut Ar  
shougit chuf 7  
naent le Para 5  
Althrag + Ave effe  
de colle Arab 5 +  
Aree Gelly

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

20-9-06

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél : 05 22 25 25 25 / 05 22 25 25 25  
Fax : 05 22 25 25 25 / 05 22 25 25 25

Khalil (Shah)

1.

allerg. surch.  
Nasale.

2.

Kir

PR I

1.

Colle

Biologie

0608 87 872

Benkirane Sanaa

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél : 05 22 25 25 25 / 05 22 25 25 25

Ben