

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

Consignes 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.

Pathologie 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° P19-0029302

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL KHOU MOHAMED

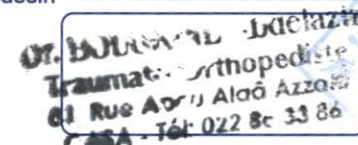
Date de naissance : 1952

Adresse : Sobret

Tél. : 0522242097 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2020

Nom et prénom du malade : M. EL KHOU Mohamed

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

Nature de la maladie : Gonarthrose bilatérale

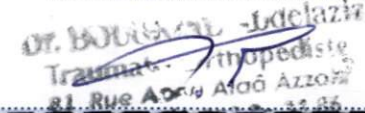
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
24.07.20	cr		300 M	
24.07.20	hs inf. chut		200 M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

Nom du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du	Département	Désignation des	Montant
------------------------	-------------	-----------------	---------

Laboratoire et du Radiologue	Date	Coefficients	des Honoraires
------------------------------	------	--------------	----------------

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

du Praticien	Soins					des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

[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 canalaires, ainsi que le bilan

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

[illegible][illegible]

				Coefficient des travaux

	WINDSPEED (M/S)	COEFFICIENT
0	0.00	0.00
1	0.50	0.01
2	1.00	0.04
3	1.50	0.09
4	2.00	0.16
5	2.50	0.25
6	3.00	0.36
7	3.50	0.49
8	4.00	0.64
9	4.50	0.81
10	5.00	1.00
11	5.50	1.21
12	6.00	1.44
13	6.50	1.69
14	7.00	1.96
15	7.50	2.25
16	8.00	2.56
17	8.50	2.89
18	9.00	3.24
19	9.50	3.61
20	10.00	4.00
21	10.50	4.41
22	11.00	4.84
23	11.50	5.29
24	12.00	5.76
25	12.50	6.25
26	13.00	6.76
27	13.50	7.29
28	14.00	7.84
29	14.50	8.41
30	15.00	9.00
31	15.50	9.61
32	16.00	10.24
33	16.50	10.89
34	17.00	11.56
35	17.50	12.25
36	18.00	12.96
37	18.50	13.69
38	19.00	14.44
39	19.50	15.21
40	20.00	16.00
41	20.50	16.81
42	21.00	17.64
43	21.50	18.49
44	22.00	19.36
45	22.50	20.25
46	23.00	21.16
47	23.50	22.09
48	24.00	23.04
49	24.50	24.01
50	25.00	25.00
51	25.50	26.01
52	26.00	27.04
53	26.50	28.09
54	27.00	29.16
55	27.50	30.25
56	28.00	31.36
57	28.50	32.49
58	29.00	33.64
59	29.50	34.81
60	30.00	36.00
61	30.50	37.21
62	31.00	38.44
63	31.50	39.69
64	32.00	40.96
65	32.50	42.25
66	33.00	43.56
67	33.50	44.89
68	34.00	46.24
69	34.50	47.61
70	35.00	49.00
71	35.50	50.41
72	36.00	51.84
73	36.50	53.29
74	37.00	54.76
75	37.50	56.25
76	38.00	57.76
77	38.50	59.29
78	39.00	60.84
79	39.50	62.41
80	40.00	64.00
81	40.50	65.61
82	41.00	67.24
83	41.50	68.89
84	42.00	70.56
85	42.50	72.25
86	43.00	73.96
87	43.50	75.69
88	44.00	77.44
89	44.50	79.21
90	45.00	81.00
91	45.50	82.81
92	46.00	84.64
93	46.50	86.49
94	47.00	88.36
95	47.50	90.25
96	48.00	92.16
97	48.50	94.09
98	49.00	96.04
99	49.50	98.01
100	50.00	100.00

25533412	21433552	DES TRAVAUX
----------	----------	-------------

	00000000	00000000	
D			S

H		G	G						
A		00000000	00000000						
		00000000	00000000						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BOUGRINE Abdelaziz

الدكتور بوقرين عبد العزيز

CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE
CHIRURGIE ET MALADIES DES OS
ET DES ARTICULATIONS

جراحة وأمراض العظام
والمفاصل

Casablanca, le

24.07.20

N. EL KHOU Moh

37.78 Dem Sel 80

LOT/EXP.:

DG5334
07/2024
P.P.V:37DH70

86,40 ref. chit du 2
- Dst 64.90

NO - DOL CODEINE
CP 820
P.P.V:28DH00
LOT:19E001
PER:09/2024
6 118000 061861

28,00 1 4 l m.
Nose

52,80 1 4 x 2 1
Kit Uru

PPV:86DH40
PER:12/23
LOT:12852-1

204,50 ref. lach x 2

LOT:988
PER:JAN 2023
PPV:52 DH 80

Indications, contre-indication

صيدلية الكليات
94, Bd Mly Driss 1er Casa
BENJELLOUN Oussama
Docteur en Pharmacie
Tél: 0522 86 23 01 Fax: 0522 86 02 25
PHARMACIE DES FACULTES

Dr. BOUGRINE Abdelaziz
Traumatisme Orthopédiste
81 Rue Abdou Alkadir Azzi
CASA - Tél: 022 86 33 86

إقامة مريا 81, زقة أبر العلاء (أمام كلية طب الأسنان)
Résidence Maria 81, Rue Abdou Alkadir Azzi (ex. Rue Vésale, en face de la faculté Dentaire)
Tél: 022.86.33.86 - GSM: 063.44.56.74 - Casablanca