

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 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 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-570228

50853

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 900 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VEUVE
 Nom & Prénom : MAOUD HAFIDA
 Date de naissance : 12/07/1960
 Adresse : Bloc 53 - N° 53 - Cité MAKHLA AGADIR
 Tél : 05 22 22 68 10 Total des frais engagés : 295,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL BOUSSAKI A.
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Imm. Achar Av. Mokawama
(face cinéma salam) - AGADIR
Tél: 0528 82 32 78 Fax: 0528 82 10 08

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MAOUD HAFIDA Age : 60 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Parent ☐ 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 : AGADIR Le : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-570228

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 900
 Nom de l'adhérent(e) : MAOUD
 Total des frais engagés : 295,00
 Date de dépôt :

[illegible]

	Cachet et signature du Maire attestant le Paiement des taxes
INP :	0418005676

Maire
Dr. M. A. A.
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Imm. Achraf Mokawima
(face cinéma salam) - AGADIR
82 32 78 528 Fax: 82 10 93

[illegible][illegible][illegible]

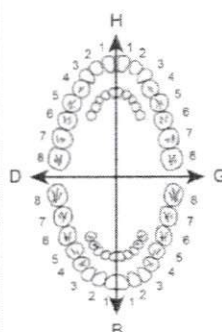
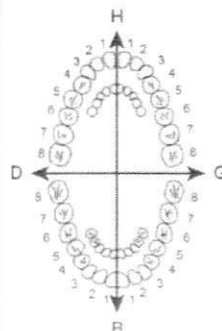
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELATIF DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr, El BOUSSAKI Abdelaziz

Traumatologue - Orthopédiste
Médecine du sport
Micro - chirurgie
Chirurgie du Rhumatisme

Lauréat C.H.U Ibn Sina, Rabat
Ancien chirurgien des hôpitaux
Laâyoune - Sahara - Taroudante
Ancien attaché des hôpitaux de France (Lorraine)



الدكتور البوساقي عبد العزيز

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
الطب الرياضي، الجراحة المجهرية
جراحة الروماتيزم

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط
جراح سابقا بمستشفيات العيون و تارودانت
ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا (لورين)

Agadir, le 21/11/2020

MAOUD HAFIDA

Note de Passage

- constatation : 200,00

dans cet dossier

Docteur EL BOUSSAKI A
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Imm. Achar - Av. Mouqouma
(face cinéma Salam) - AGADIR
Tél : 05 28 82 32 78 Fax : 05 28 82 10 00

عمارة عشار، شارع المقاومة، الحي الصناعي، أمام سينما السلام (فوق حلويات تكديرت) - أكادير
Imm Achar, Av. Mouqouma Q.I. en face du cinema SALAM (au dessus du pâtisserie TAGADIRT) AGADIR
Tel. : 05 28 82 32 78 - GSM : 06 61 38 42 89

Dr. EL BOUSSAKI Abdelaziz

Traumatologue - Orthopédiste
Médecine du sport
Micro-chirurgie
Chirurgie de Rhumatisme

Lauréat C.H.U Ibn Sina Rabat
Ancien chirurgien des hôpitaux
Laâyoune - Sahara - Taroudant
Ancien attaché des hôpitaux de France (Lorraine)



الدكتور البوساقي عبد العزيز

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
الطب الرياضي الجراحة المجهرية
جراحة الروماتيزم

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط
جراح سابقا بمستشفيات العيون وتارودانت
ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا (لورين)

Agadir, le : 02/11/2022

MA 000 12470 18

Extrait de la

Agadir



Docteur EL BOUSSAKI A.
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Imm. Achar A. Mokawama
(face cinéma salam) - AGADIR
Tél: 0528 82 32 78 Fax: 0528 82 10 08

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

02/2020
02/2023
1219106

Extramag®

TRIPLE ACTION

COOPER PHARMA
PPC : 95,00 DH

**1 PRISE
/JOUR**

Soit 100 % des AJR*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

¹Participe à la résistance au **STRESS**

• **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

²Contribuent à réduire la **FATIGUE**

• **VERVEINE**

³Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



30 Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31,5 g

V001 - 01/19
ETEXMAC030CP



**COOPER
PHARMA**

