

# 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.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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](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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 057969

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09701 Société : RAM 57444

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GADR 22 RACHID

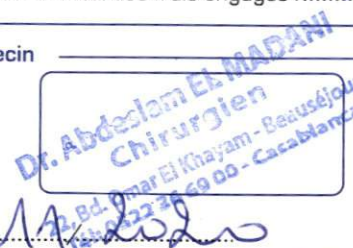
Date de naissance : 06-07-1967

Adresse : HAB

Tél. : 0678 061 086 Total des frais engagés : 1262,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : AHMACH AMAL Age :

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

Nature de la maladie : Fracture Anale

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 : 12/12/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/11/20        | C                 | 1                     | 3000                            |  |
| 17.11.20        | C                 | 1                     |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 09/11/20 | 335,30 DH             |
|  | 17/11/20 | 426,90 DH             |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

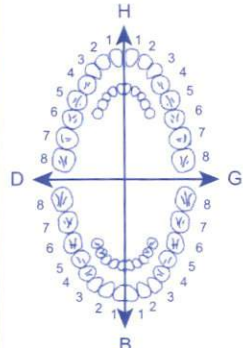
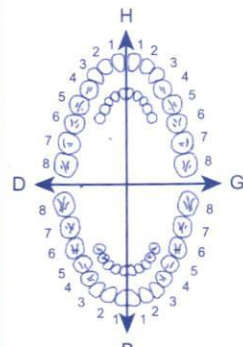
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |  |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 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 |
|   | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Abdeslam El Madani

Chirurgie Viscérale & Digestive Coelioscopique  
Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès



## د. عبد السلام المدني

جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحية بالمنظار  
خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابقا بمستشفيات باريس  
جراح سابقا بالمستشفى العسكري بمكناس  
الجراحة بالمنظار  
جراحة الجهاز الهضمي والمخرج  
الجراحة الباطنية العامة  
جراحة النساء والغدد  
جراحة السرطان - جراحة العروق  
الختان

Coeliochirurgie  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
Chirurgie Cancerologique  
Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne  
Proctologie - Chirurgie des Varices  
circoncision

Casablanca, le .....09.11.2020..... في الدار البيضاء

Mme AHMACH Amal

149  
1  
13,20  
32,20  
3  
13,10 42  
7  
22  
Tél.: 0522 36.69.00 / 06.66.19.12.30 - Fax : 0522 36.68.99 - GSM : 0661 06 92 51 - E-mail : abdeslamelmadani@gmail.com - ICE : 00171274400080  
Site Web : www.dr-elmadani.com

1 PORPHYRAL HSP DERM

2 ALGIK CP

3 DIFAL 50 MG

Prendre 1 Comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours.

4 LIDOCAINE VISQUEUSE 2 %

5 XYLOCAINE GEL ORAL

6 RELAXOL CP

Prendre 1 Comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 8 jours.

7 HEPANAT

# Dr. Abdeslam El Madani

Chirurgie Viscérale & Digestive Coelioscopique  
Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès



Coeliochirurgie  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
Chirurgie Cancerologique  
Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne  
Proctologie - Chirurgie des Varices  
circoncision

## د. محمد السلام المدني

جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحية بالمنظار  
خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابقاً بمستشفيات باريس  
جراح سابقاً بالمستشفى العسكري بمكناس  
الجراحة بالمنظار  
جراحة الجهاز الهضمي و المخرج  
الجراحة الباطنية والعامه  
جراحة النساء والغدد  
جراحة السرطان - جراحة العروق  
الختانة

Casablanca, le 17.11.2020 في الدار البيضاء

Mme AHMACH Amal

LOT: 1  
PER: 01/2023  
PPV: 28,10 DH

28,10 034351  
1 TRAMADOL 50 MG

98,00  
2 VENULA 200 MG

44,20  
3 DIFAL 50 MG

68,60  
4 HEPANAT

53,10 x 2  
5 RELAXOL CP

Prendre 1 Comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du

13,20  
6 ALGIK CP

PPV: 98,00 DH

PPV: 44,20 DH

68,60 DH

68,60 DH

LOT: 2012 PER: 12/2022  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V.: 53DH10  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V.: 53DH10



Dr Abdeslam EL MADANI

22, Bd. Omar ELKhatam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour - الدار البيضاء - بوسيدور - إقامة فاطمة الزهراء، بوسيدور - CASA  
Tél.: 0522 36.39.00 / 06.66.19.12.30 - Fax: 0522 36.68.99 - GSM: 0661 06.92.51 - E-mail: abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE: 00171274400080

Site Web: www.dr-elmadani.com الموقع الإلكتروني

En Cas d'Urgences Contacter Clinique Longchamps au Tél.: 05 22 04 07 07: في حالة المستعجلات الاتصال بمصحة لونشون الهاتف