

## 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-817021

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : 13104 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : .....

Nom & Prénom : SOFI IMANE 192309

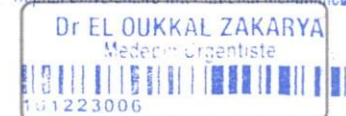
Date de naissance : 25/07/1999

Adresse : BORDJ, ANGLAIS II, Résidence Jamine, Im 7A App 16

Tél. : 0662112219 Total des frais engagés : 250,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : Grippe

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 25 / 01 / 24

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Pris 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.

# 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
10-02-24		4230	163000	Dr EL OUKKAL ZAKARYA Médecin Urgentiste 101223006

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZEMMANA km 16 Route Secondaire 109 Douar Fort Bouskoura Casa-Tél: 0522 32 03 01 INPE 092069327 - ICE: 001943063000088	20/01/24	220,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

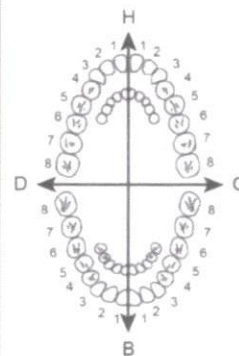
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

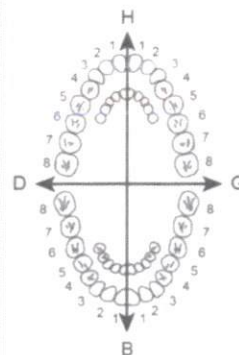
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





21062111030501

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 20-01-24

JDII IMANE

20/01/24

1/ TAVANIC 500 MG SOLUTION POUR PERFUSION

1cp par jour , 05 jours

2/ VITA C

1 CP PAR JOUR

3/ DOLIPRANE 1G

1 CP 3 FOIS/J

4/ TOPLEXIL 0.033 / 0.666 SIROP

1 C à S 3 fois par jour



090063728

PHARMACIE ZEMMAMA  
km 16 Route Secondaire 119 Douar Foukara  
Bouskoura-Casa-Tél: 0522 32 33 03  
INPE 092069327 -ICE: 001543363000088

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. TAHRY Mohamed  
Médecin Urgentiste



090063728



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

Nom du patient: IMANE JDII  
Type d'examen: Radiographie du thorax  
Médecin traitant:

Date: 20/01/2024  
:

**RADIOGRAPHIE THORACIQUE**

**TECHNIQUE :** Incidence de face.

**RESULTATS :**

- Infiltrat bronchique hilo-basal droit.
- Absence d'autre foyer parenchymateux évolutif notable.
- Absence d'anomalie pleurale.
- Silhouette cardio-médiastinale non élargie

*Merci de votre confiance.*

**Dr. QECHCHAR**

Dr. QECHCHAR  
Médecin Radiologue  
Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

## Nº

Nom patient : **JDII IMANE**

Entrée 20/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/01/2024

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			630.00		630.00	0.00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service des Urgences A



210621110305CH

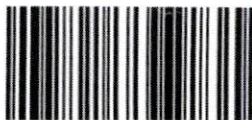
JDII IMANE

Admission du : samedi 20 janvier 2024

### Ordonnance

(20/01/2024,-) CONSULTATION \_SO\_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
20/01/2024	Radiographie du thorax sous une incidence	1	TAHIRY MOHAMED
<div><p>Hôpital Universitaire International Mohammed VI</p><p>Dr EL OUKKAL ZAKARYA</p><p>Médecin Urgentiste</p><p>101223006</p></div>			



090063728