

## 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

M23-0022916

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9418

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENNI KHALID

Date de naissance : 04/06/1972

Adresse : VILLA 40 LOT 9 CGI BOUSKOURA

Tél : 0661060961

Total des frais engagés : 679,83

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : MENNI INES

Age : 50 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : \* Coronaropathie vasculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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
14/02/24		CST	400DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

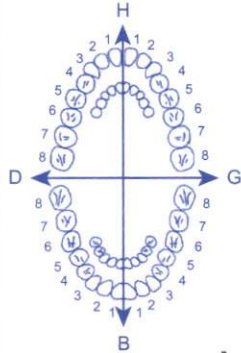
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/02/24	Perfusion				200DH
	14/02/24	Pharmacie				79.83DH

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

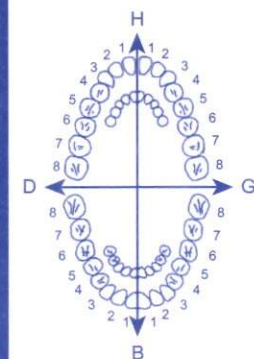
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LISTE DES PRODUITS CONSOMMES PAR LE PATI

MENNI INES

220411121747L.-006

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
14/02/2024								
14/02/2024	ACUPAN 20mg Injecta (05)	296770	0	1	6.34	6.34	URGENCE	C
14/02/2024	APOTEL 10MG/ML SOLUTION INJECTA	296770	0	1	15.01	15.01	URGENCE	C
14/02/2024	BANDELETTE DEXTRO	296770	1	0	3.12	3.12	URGENCE	C
14/02/2024	CHLORURE DE SODIUM 0.90% POCHE	296770	1	0	13.10	13.10	URGENCE	C
14/02/2024	CLOPRAME 10mg Injecta (10)	296770	0	1	2.23	2.23	URGENCE	C
14/02/2024	INTRANULE G 20 ROSE	296770	1	0	2.65	2.65	URGENCE	C
14/02/2024	LANCETTE	296770	1	0	0.78	0.78	URGENCE	C
14/02/2024	PANTOPRAZOL 40MG NORMO	296770	1	0	27.20	27.20	URGENCE	C
14/02/2024	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	296770	1	0	7.80	7.80	URGENCE	C
14/02/2024	SERINGUE 10ML	296770	1	0	1.60	1.60	URGENCE	C
S/total Journée			7	3		79.83		
Total consommation						79,83		

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green town, Villa Verte  
Bouskoura - Casablanca ③  
Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

## CLINIQUE VILLE VERTE

EL S A N  
TEL :0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° 609 / 2024 du 14/02/2024

Nom patient	MENNI INES	Entrée 14/02/2024	Sortie 14/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EN URGENCE RÉANIMATEUR DE G PERFUSION	1,00		400,00	400,00
	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	600,00
PHARMACIE	1,00	PH	79,83	79,83
			Sous-Total	79,83
Total Frais Clinique				679,83

	Total général	679,83
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SIX CENT SOIXANTE-DIX-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-TROIS CENTIMES		

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		679,83		679,83	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca  
Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57