

# 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.

les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.

## Éducation :

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 une fois par an.

## 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)

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



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

W21-838992

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12764 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KADIRI FATINE 197190

Date de naissance : 01/08/85

Adresse : 20 km route d'Azemar, Apt. 301

Tél : 06 14 00 49 82 Total des frais engagés : 800 D.A.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL KADIRI FATINE Agi

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Pertes vaginales

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

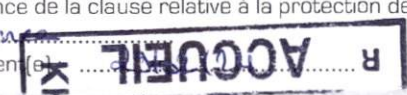
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent (e) : R



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

Natures des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/01/2024		CS	82000	

### 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
		A M	P C	I M	I V	

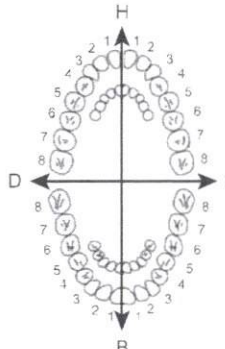
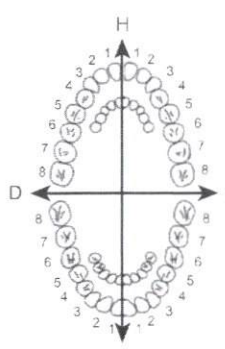
VOLET ADHERENT

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CO DES																				
																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CO DES																				
	<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								
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																							
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT





## NOTE D'HONORAIRE

Date : 26/01/2024

Nom et Prénom : **EL KADIRI Fatine**

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 800 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 400 DH

Prix de l'échographie : 400 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H



## COMPTE RENDU

Nom et Prénom : EL KADIRI Fatine

Âge : 38 ans

Date de consultation : 26/01/2024

### Exploration Gynécologique

Antécédents Familiaux : RAS

Antécédents Personnels : Insuffisance Mitrale légère. Hypothyroidisme

Antécédents Gynéco-Obstétricaux : Césariennes (2)

DDR : 10/01/2024

FM : 5/30-40

FO : 20222

Contraception : Stérilet Cu

### Motif de Consultation :

#### Examen Gynécologique & Complémentaire:

Génitaux externes normaux, pas de saignement vaginal, leucorrhées non spécifiques, col d'aspect macroscopique normal, utérus mobile non douloureux à la palpation, annexes non palpables et douglas libre. Frottis CV réalisé.

#### Echographie :

Utérus en anteflexion, de forme et caractéristiques normales.

Endomètre homogène et régulier.

Stérilet intracavitaire.

Ovaires normaux, cul de sac de douglas libre.

#### Conclusion :

Pertes vaginales.

FCV.

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achtaï  
Rés. Ribh, 3e Etage - Casablanca  
Tél: 0522 25 20 15 - Gsm: 0662 22 48 82

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H.

VS 9iGv.ecologic®B-ST19D/8.0cm/IM0.98/IM0.2/26-01-2024 18:45:11  
2D G50 DR125 MI14 P90 Frq Gen 8.0cm

2D G50 DR125 MI14 P90 Frq Gen 8.0cm



VS 9iGv.ecologic®B-ST19D/8.0cm/IM0.98/IM0.2/26-01-2024 18:44:24  
2D G50 DR125 MI14 P90 Frq Gen 8.0cm

