

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Declaration de Maladie

N° W19-480231

N° : 35394

*Handwritten:* Dursen NSN

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3576 Société : RAM

☐ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** Retraite

Nom & Prénom : JAMAL EDDINE HOUICINE

Date de naissance : 29 JUL 2020

Adresse : habilielle

Tél. : Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. KHADRAOUI Driss**  
Médecine Générale  
160, Bd. Med. V 1er. Etage  
33.62.11 - BERRECHID  
01 21.40.25

Date de consultation : 23/7/2020

Nom et prénom du malade : JAMAL EDDINE HOUICINE Age :

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

Nature de la maladie : HT + gastrite

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'at. 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-480231

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

**MUPRAS**

29 JUL 2020

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



# 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
23/7/20	C	2	150,00	INP : 610844163 Dr. KHADRAOUI Driss Médecin Généraliste 100, Bd Med. El. Elage 62.11 - BARRECHID 01/21-40.25

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الهادي شارع الشريف الراجحي المسيرة الخضراء الطابق 14 53 43 0522 برشيد	23/07/20	522,60

# 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

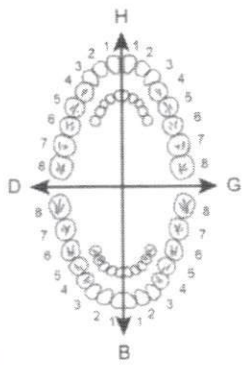
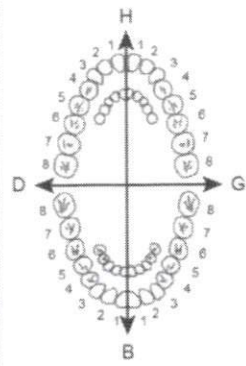
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 d

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE

Dr. Haj Driss KHADRAOUI

MEDICINE GENERALE

Ancien Interne des  
Hôpitaux de France

160, BD Mohammed V

1<sup>er</sup> Etage - Berrechid

Tél. : 05 22 33 62 11

GSM : 06 61 21 40 25

الدكتور الحاج إدريس الخضراوي

الطب العام

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات فرنسا

160 شارع محمد الخامس

الطابق الاول - برشيد

الهاتف: 05 22 33 62 11

المحمول: 06 61 21 40 25

ORDONNANCE

23/07/2020

78.503

Jamaledine Housse

SV

1 - ougey (036h)

68.1026

15 x 2

2 - Tenoretic 50 mg

15 x 2

SV (06h)

522.60

Dr. KHADRAOUI Driss  
Médecine Générale  
160, Bd. Med. V<sup>er</sup> Etage  
33121 - BERRECHID  
05 22 33 62 11 - 06 61 21 40 25

صيدلية الرحمة  
شارع الشريف المراكشي تجوزة  
65-63  
المستشفى الخضراوي رقم  
الهاتف: 0522 53 43 14

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 60mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

38,00

38,00

38,00