

## 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.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-561022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4425 Société : RAM.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ECHCHAHAN Abderrahim  
Date de naissance : 14/06/1962  
Adresse : 63 Bloc A Hay Kamal 4 Settat  
Tél : 0661439622 Total des frais engagés : 546,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ISSAM ESSALKI

ORL

Angle Rue Moukhouma et Boulevard  
Moukhouma, 1er Etage - Berrechid

Date de consultation : 12/08/2020  
Nom et prénom du malade : DE KRAHIM ECHCHAHAN  
Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : M.HOL OTEK AURICUL MELLE

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 : Settat Le : 02/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W19-561022

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4425  
Nom de l'adhérent(e) : ECHCHAHAN Abderrahim  
Total des frais engagés : 546,90 Dhs  
Date de dépôt : 02/10/2020

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant l'accomplissement des Actes
12/08/2020	C1	12	2000H	
12/08/2020	AS2	16	1000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture



12/08/20

246.40

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

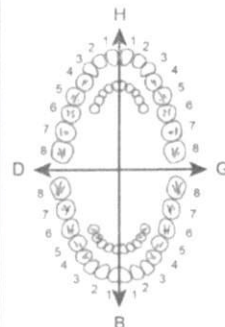
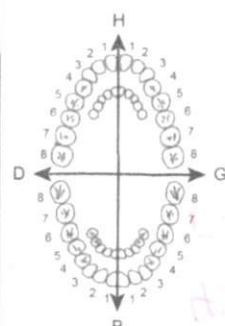
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 H 25533412 21433553 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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

**Dr. Issam ESSALKI**

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE  
VERTIGE - RONFLEMENT  
Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène,  
Pathologie de la voix  
Goitre, Allergie



**الدكتور عصام السالكي**

أمراض و جراحة الأنف . الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة، الشخير  
جراحة الأنف والأذن بالمنظار  
الصمم، زراعة قوقعة الأذن  
رتين الأذن  
اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 12/08/2020

ASDORATION  
ECHENANAS

19,40

①

Antibiotique



95.80 x 2

②

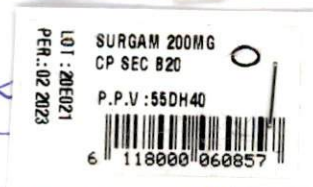
Floaxam  
2yr



55.40

③

Surgam 200



246,40



**برشيد** تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

**Dr .Issam ESSALKI**

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE  
VERTIGE - RONFLEMENT  
Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène,  
Pathologie de la voix  
Goitre, Allergie



**الدكتور عصام السالكي**

أمراض و جراحة الأذن . الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة، الشخير  
جراحة الأنف والأذن بالمنظار  
الصمم، زراعةقوقعة الأذن  
رنين الأذن  
اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية، الحنجرة

DATE

Dr. ISSAM ESSALKI  
Angle Rue Moukoko et Boulevard  
Med 5, 1er Etage

Notes d'Holothek

ABDERRAHMAN ECHCHAMAD

ACOFEC ASSOCIATION

COMTEUR KS

Holothek 1000H

(cel 011)



Dr. ISSAM ESSALKI  
ORL  
Angle Rue Moukoko et Boulevard  
Med 5, 1er Etage - Berrechid

تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com