

## 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.

### Pathologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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 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° P19- 045841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12318

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DERKAOUI ABDERRAHIM

Date de naissance : 28/07/1985

Adresse : VILLA N° 52 RES. NEXT HOUSE

DAR BOUAZZA

Tél. : 0660195964

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHKARMOU  
11, Angle Rue Zineb Ishak et  
Bd. Ibn Tachfine, CASA

Date de consultation : 24/08/2020

Nom et prénom du malade : DERKAOUI Abderrahim Age : 35

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : enflure au cou

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 : CASA

Le : 09/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
24/08/2020	C	1	2000	Dr. CHKARMOU 11, Angle Rue Zineb Isencher Bd. Ibn Tachfine CASA

### 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
	25.04.2020	23	230,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

DR CHKARMOU MOHAMED

Diplôme de Médecine du travail  
Expert Assermenté près les Tribunaux  
MEDECINE GENERALE  
11. Angle Rue Zineb Ishak Bd Hassan  
Alaoui et Bd Youssef IbnouTachfine  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 62 02 92



الدكتور اشكارمو محمد

خريج كلية الطب بنانسي  
خبير محلف مقبول لدى المحاكم  
الطب العام  
11. زاوية زينب أسحاق، شارع حسن  
العلوي و شارع يوسف ابن تاشفين  
البيضاء - الهاتف : 05 22 62 02 92

CASABLANCA

24/08/2020

MR = 1) ERKAoui Abderrahim

Fare.

Rx de les mains D/P.

(Arthralgies localisées polyarthritiques  
de III<sup>e</sup> degré avec œdème).

الدكتور اشكارمو محمد

D<sup>r</sup>. CHKARMOU Med;

11. Angle Rue Zineb Ishak et

Bd. Ibn Tachfine CASA

Casablanca, le ..... 25/08/2020 .....

IF : 2221555

**Facture N° 2469/08/2020**

**Nom patient : DERKAOU ABDERRAHIM**

**Examen(s) réalisé(s) : RX MAIN DROITE F/P**

**Date Examen(s) : 25/08/2020**

**Montant : 230 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
DEUX CENT TRENTE DIRHAMS**



**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Dr. N. Faris**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Casablanca , le 25/08/2020**

**PATIENT : Mr. DERKAOUI ABDERRAHIM**  
**MEDECIN TRAITANT : DR CHKARMOU MOHAMED**  
**EXAMEN REALISEE : RX MAIN DROITE F/P**

**Cher Docteur,****Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.****Rx MAIN DROITE F/P**

- ❖ Transparence osseuse homogène.
- ❖ Absence d'anomalie osseuse post traumatique notable sur ces incidences, en l'occurrence en regard de la 3<sup>ème</sup> rayon.
- ❖ Absence d'anomalie des parties molles.

**Confraternellement**  
**DR O.ALAMI**

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA  
Immeuble Commercial Route  
Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél: 05 22 90 10 10/05 22 93 37 13  
Fax : 05 22 90 10 10/05 22 93 37 13