

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-594348

53685

|                                  |  |                                  |                                 |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>MUPRAS</b>                    | Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                              | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)    |  |                                  |                                 |
| Matricule : DEC 6 2020           | Société : RAM  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)                          | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : KAIS ABDERRAHMAN  |  |                                  |                                 |
| Date de naissance :              |  |                                  |                                 |
| Adresse : LOT ELOUAFA DEMOVA     |  |                                  |                                 |
| Tél. : 0661153218                | Total des frais engagés : Dhs                                  |                                  |                                 |

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |                                 |
| DOCTEUR M'HAMED BENBRAHANE<br>Spécialiste Des Maladies De L'Appareil Digestif ENDOSCOPIE TCHOSGRAPHIE<br>Télé 0522324695  |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation : 16/12/2020   | Age:                              |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : MAMER LOFRA   |                                   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Diabète  |                                   |                                   |                                 |
| 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 : DÉNOU A

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/12/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| RELEVE 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  |
| 16/10/2020                     |                   |                       | 300,00                          | INP : 06102020<br>MEDBFNKA<br>Médical de l'obstétrique et de la gynécologie<br>L'obstétrique et la gynécologie<br>44695 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES                            |                 |                       |
|--|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur               | Date            | Montant de la facture |
| <i>DR. EL MARWANI Othmane<br/>TELE : 22 53 20 54</i> | <i>16-12-20</i> | <i>605,00</i>         |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| ANALYSES RADIGRAPHIQUES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

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



طبيب إخصائي في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سامي متخصص الجامعي بميتو بفرنسا  
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)  
DOCTEUR M'HAMED BENKIRANE  
Spécialiste Des Maladies De L'Appareil Digestif  
Digestif Endoscopie Echographie  
TELE 0522 32 46 95  
Ancien Médecin au CHU de Meaux

ORDONNANCE

DOCTEUR M'HAMED BENKIRANE

Spécialiste Des Maladies De L'Appareil  
Digestif Endoscopie Echographie

TELE 0522 32 46 95

Berrchide, le :

16/12/2022

PHARMACIE EL OUDI  
214, Lot. Wafae Deroua Berrechid  
Dr. EL MARWANI Othmane  
Tél: 05 22 53 20 54M<sup>me</sup> MARYAM ATTAH

134,00

Cébalast

87,00

(1/2) كوب كل  
petit dejant

helaxium 36

96,00

0 - 0 - 1

R2 0202 20

0 - 0 - 1

4 bout de 28

605,00

DOCTEUR M'HAMED BENKIRANE  
Spécialiste Des Maladies De L'Appareil  
Digestif Endoscopie Echographie  
TELE 0522 32 46 95

PPC : 134 DH 00

134.00

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

96.00

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

96.00

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

96.00

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1031-1

LOT: 200332  
DLUO: 10/2023  
87,00DH

ires Deva Pharmaceutique

87.00