

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-444277

**MUPRAS**

11 MARS. 2020

RAM  
ACCUEIL SIEGE RAM

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7756	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>	
Nom & Prénom : KOURD ABDLGHANI			
Date de naissance : 12.10.60			
Adresse : RES. AL MANSOUR IMM 10 ET 3 N° 6 HAY SALAM			
Tél. : 05 22 49 96 94	Total des frais engagés : 1986.90 Dhs		

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : Dr BENCHAKROUNE Driss Cardiologue Rythmologue 193, Bd. Oum Rabii Oufia - Casablanca Tel. 0522 50 80 20 Urg. : 05 81 14 57 80

Date de consultation : 02/03/2020

Nom et prénom du malade : KOURD ABDLGHANI Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : 05/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : AJED

Le : 05/03/2020

## 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
29/03/2022 29 20	Cardiologie	1	250,00	INP : 091181478 Dr. BENCHAKROUN Driss Cardiologue - Rythmologue 93, Bd. Ouardouz Oufella - Casablanca Tel : 0622 99 80 20 - 06 61 14 87 37

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/2020	1036,93

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

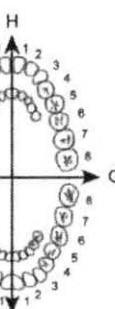
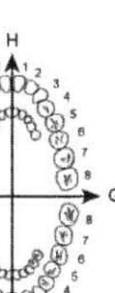
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

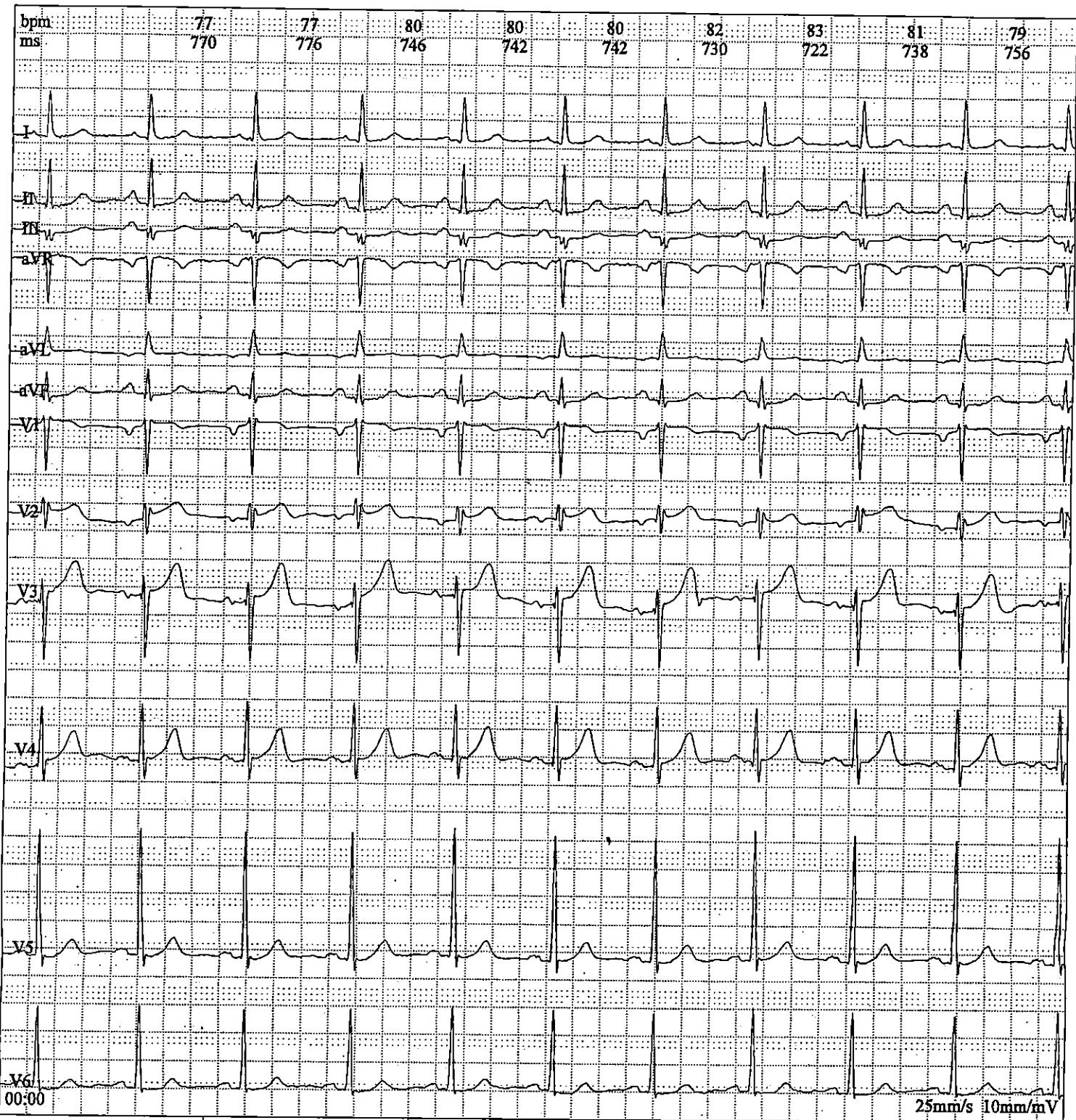
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="0"> <tr> <td><b>H</b></td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>G</b></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			<b>H</b>	25533412	21433552	<b>D</b>	00000000	00000000	<b>G</b>	00000000	00000000	<b>B</b>	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>	25533412	21433552														
<b>D</b>	00000000	00000000														
<b>G</b>	00000000	00000000														
<b>B</b>	35533411	11433553														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Frequency: 1000 Hz PR Interval: 176 ms Prompt:  
Sample Time: 37 s QT Interval: 358 ms Total Beats 47, Normal Beats 47, SVE 0, VE 0.

HR: 80 bpm QTc Interval: 413 ms

P Interval: 86 ms P Axis: 73.54°b

QRS Interval: 84 ms QRS Axis: 11.48°b

T Interval: 178 ms T Axis: 50.72°b

Dr. BENCHAKROUNE DriSS  
Cardiologue Rythmologue  
153, Bd Oum Radia Casablanca  
Tel: 0522 88 20 09.06.14 E/37

Signature Medecin :