

## 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-594638

578 32

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2529

Société :

Retraite RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL JOUR BA AOUI MOHAMED

Date de naissance :

01 - 01 - 1952

Adresse :

QUARTIER RAHMANI RUE 25 N° 53

Tél. :

06 53 35 69 37 Total des frais engagés : 505,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

BEN MOUSSA,

RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél.: 0522 22 23 04

Date de consultation :

09/12/2020

Nom et prénom du malade :

EL JOUR BA AOUI Mohamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

59 ch gne

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 :

casablanca

Le : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

99/12/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/12/2020	CS	300 DH	300 DH	CHERIF BEN MOUSSA / RHUMATOLOGUE 1, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux Tél : 0522 22 23 04

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RAHAMI DU CHAMPS D'ILHAM LULU'S PHARMACEUTICALS LTD. Sidi Bouzid - TUNISIA Tél: 09049899	09/12/2020	205,40

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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'ODD

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	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

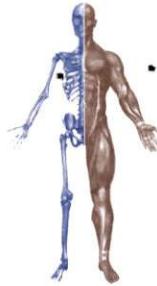
Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations  
Colonne Vertébrale - Muscles  
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 09 Dec 2020 الدار البيضاء، في :

Le jour Ann 9<sup>e</sup>

60,90

1) Flavim 2 15

S.V

LOT 204858 EXP 04/22  
PPV 60DH90

سيك  
C-PHAR

2) V. H. 10ml Ph

2 CP + 2



ZOEGAS

28 gél.

LOT 200701  
EXP 02/2022  
PPV 144.50DH

61180001

144,50

205,40

S.V

Dr. CHERIF BEN MOUSSA:  
RHUMATOLOGUE

Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

44، زقة المستشفيات ( أمام مستعجلات ابن رشد ) الهاتف . الفاكس : 05 22 22 23 04

44, Rue des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél.Fax : 05 22 22 23 04

E-mail : hasnaab5@gmail.com البريد الإلكتروني: