

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Recommandations 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0034303

☐ Maladie

*SV*

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9059*

Société : *RAM*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *MOUADDEN Abdelhak*

Date de naissance : *28.01.63*

Adresse : *22, Avenue*

Tél. : *0654450718* Total des frais engagés : *1720.00* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Hamid EL HRAICHI**  
Chirurgien - Orthopédiste  
87, Bd. My. idriss 1er  
Tél : 0522 83 36 22 - CASA

Date de consultation : *14/06/2021*

Nom et prénom du malade : *MOUADDEN Abdelhak* Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *Oughe*

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 : *14/06/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

# 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
14/06 2021	Cs		1320,00	Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss 1er Tél : 0522 83.36.22 - 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
---	------	------------------------------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

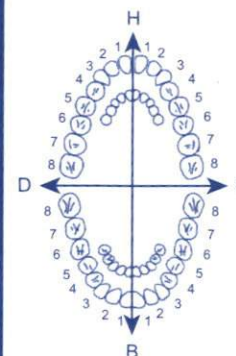
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bi

# 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

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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 Hamid EL HRAICHI**  
**Chirurgien Orthopédiste**  
**87 ,Bd My Idriss 1er**  
**Tél: 0522,83,36,22**

ICE001591553000034

<b>FACTURE</b>	<b>0055/2021</b>
----------------	------------------

DATE	NOM D J PATIENT	MODE DE PAIEMENT
14/06/2021	MOUAD DEN ABDELLAH	ESPECE

			Prix unitaire	Montant
	Lettres Clé	NBRE		
FORFAIT K20		1		1320
	<b>TOTAL</b>		TOTAL GENERAL	
			1320	
MILLE TROIS CENT VINGT DIRHAMS				

**Dr. Hamid EL HRAICHI**  
**Chirurgien - Orthopédiste**  
**87, Bd. My. Idriss 1er**  
**Tél : 0522.83.36.22 - CASA**

**Dr HAMID EL HRAICHI**

**CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE**

**87 BD MLY IDRISSE 1 ER**

**TEL : 0522-83-36-22**

**ICE 001691553000034**

**14/06/2021**

**COMPT RENDU OPERATOIRE**

**MOUADDEN ABDELLAH**

**Cure ongle incarné gros orteil gauche**

**Anesthésie locale sous garrot**

**Incision sous unguéale interne**

**Ablation bord interne de l'ongle sur une**

**Bandelette de 5mm**

**Curetage de la matrice**

**Lavage + 2 points de suture**

**DC CTEUR EL HRAICHI HAMID**

**Dr. Hamid EL HRAICHI**  
Chirurgien - Orthopédiste  
87, Bd. My. Idriss 1er  
Tél : 0522.83.36.22 - CASA