

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-647900

83973

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02739 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : n.e

Nom & Prénom : EL OU A ADU, N. e

Date de naissance : 15/01/57

Adresse : 7. Mlé des Nefliers Firdaous  
Km 1e bar

Tél : 061098123 Total des frais engagés : 300,00 DT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Nachmach Ghita

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cersa Le : 13/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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
26/09/2011	CC		300,00	

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <div></div>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>
				MONTANTS DES SOINS <div></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div></div>
				FIN D'EXECUTION <div></div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div> </div>	MONTANTS DES SOINS <div></div>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	
		DATE DU DEVIS <div></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 02/09/2021

N° : 0008056

### QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP : 21082016194 ET

N° d'admission : 2100135739

Montant : 300,00 DH

Patient : Mackmachi Ghita

Cachet

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : [www.hm6.ma](http://www.hm6.ma)

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100185739

## F A C T U R E

N° 10 619 / 2021 du 02/09/2021

Nom patient : MACHMACHI GHITA

Entrée 02/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation exclusive d'urgentiste	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00

*[Signature]*  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Service des Urgences A  
090063728

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2109021526240190 / 1 / 8 056

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100185739	MACHMACHI GHITA	02/09/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : D.HAFSA

09000371  
HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
Service des Trésoreries