

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Éducation :

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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037844

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RAM 94393

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LANABI Mohamed

Date de naissance : 24 Avril 1949

Adresse : 26 Rue LAHSEN OUDAR OASIS - OMA

Tél : 0661 189 149 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**CENTRE CHIRURGICAL  
MARIE LANDELONGUE**

133 avenue de la Résistance  
92350 LE PLESSIS ROBINSON  
Tél : 01.40.94.28.00  
92 0 15009 1

Date de consultation : 28/09 Professeur Olaf MERCIER

Nom et prénom du malade : LANABI Mohamed Age : 70

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique / traitement longue durée

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 : RAM Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

ACCUEIL 02 DEC. 2021 MUPRAS H. HAKAM



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | CENTRE CHIRURGICAL<br>MARIE L'ANNE LORQUE<br>133 avenue de la Résistance<br>92350 LE PLESSIS ROBINSON<br>Tél : 01.40.94.28.00<br>92 0 15009 1<br>Professeur Olaf MERCIER<br>Chirurgie Thoracique et Vasculaire<br>10004035340 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/9/2021       | C5                |                       | 150 €                           |   |

## 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|
|                              |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                              |  |                  |             |                         |
|                              |  |                  |             |                         |
|                              |  |                  |             |                         |
|                              |  |                  |             |                         |
|                              |  |                  |             |                         |
|                              |  |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>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





Le Plessis Robinson, le 22/09/2021

Monsieur LARABI Mohammed



IPP : 736881

Monsieur,

Nous vous invitons à vous présenter à l'Hôpital Marie Lannelongue pour le(s) rendez-vous suivant(s) :

**- Mardi 28/09/2021 à 08:30 : Consultation avec le Professeur MERCIER**

Lors de votre venue, il est indispensable d'apporter :

- ce courrier
- votre carte vitale (ou l'attestation de carte vitale)
- votre carte de mutuelle
- un justificatif de domicile
- une pièce d'identité
- les coordonnées exactes de votre médecin référent
- votre carte patient HML si vous en possédez une

Nous vous prions de croire à tout notre dévouement.

Le secrétariat

**En cas d'empêchement, merci de prévenir au moins 48h à l'avance au  
01.40.94.25.41**



**Hôpital Marie Lannelongue**

133 avenue de la Résistance  
92350 LE PLESSIS ROBINSON

Tel. +33 (0)1.40.94.28.00

Finess 92 0 00068 4  
Siret 775 682 990 00079

**RECU D'ACOMPTE**

LE PLESSIS ROBINSON, le 28/09/2021

**M. LARABI Mohammed**  
26 RUE LAHCEN OMAR OASIS

CASABLANCA

Nom du patient **LARABI Mohammed**

N° du séjour **210059280**

**Acomptes versés**

| De              | Montant | Date       | Mode de paiement | Journal           |
|-----------------|---------|------------|------------------|-------------------|
| LARABI Mohammed | 150,00  | 28/09/2021 | Espèces          | Caisse Principale |

**HÔPITAL MARIE LANNELONGUE**  
133, avenue de la Résistance  
92350 LE PLESSIS ROBINSON  
**ADMISSIONS**  
Tél: 01 40 94 28 00  
Fax: 01 40 94 87 66



## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION PATIENT

Date de la facture AMP : 22/10/2021

| <b>Identification de l'établissement</b> N° FINESS 920000684<br>Hôpital Marie Lannelongue<br>133 avenue de la Résistance, 92350 LE PLESSIS ROBINSON  |                    | <b>CODE CATÉGORIE</b><br>365 | <b>Coefficient MCO</b><br>1,0311<br><br><b>Coefficient HAD</b><br>1,0311 | <b>Références à rappeler</b><br>Clé facture P<br>N° de lot<br>N° Facture 21104434<br>N° d'entrée 210059280<br>N° Feuillet 1/1  |                                   | <b>Signature de l'assuré(e)</b><br><br>Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
|--|--------------------|------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|----------|-----------------|--|--|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Domiciliation bancaire de l'établissement</b><br>IBAN Banque 30004 Guichet 01529 Compte 00010133125 Clé 48  |                    | Bic BNPAFRPPIFO              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| <b>Le bénéficiaire des soins</b><br>Nom de naissance et prénom(s) LARABI Mohammed<br>N° d'immatriculation et clé<br>Code organisme de rattachement<br>N° centre gestionnaire<br>Entrée le 28/09/2021 08:51   |                    |                              |  | <b>L'assuré(e) titulaire du contrat AMC</b> (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))<br>Nom de naissance et prénom(s) LARABI Mohammed<br>N° d'immatriculation et clé<br>Adresse 26 RUE LAHCEN OMAR OASIS 99 CASABLANCA<br>Date et rang de naissance 24/04/1949 1<br>Date début hospitalisation<br>Sortie le 28/09/2021 |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| <b>Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins</b><br>Maladie <input type="checkbox"/> Accident causé par un tiers ..... Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date<br>Maternité <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier ..... Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/> |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| <b>Frais de structure et de soins</b>  |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| Transfert  | Mode de traitement | DMT                          | DCS  | Prestations  | Période                           |   | Prix unitaire                    | Quantité | Coefficient     | Montant facturé                          | Base de remboursement régime obligatoire | Régime obligatoire |                             | Montant AMC en tiers payant     | Reste à charge pour l'assuré(e) |
|  |                    |                              |  |  | Du                                | Au  |                                  |          |                 |  |  | Taux               | Montant                     |                                 |                                 |
| 07   | 000                |                              |  | FEXT   | 28/09/21                          | 28/09/21  | 150,00                           | 1        | 1               | 150,00                                   | 150,00                                   |                    |                             |                                 | 150,00                          |
| Sous-total 1   |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 | 150,00                                   | 150,00                                   |                    |                             |                                 | 150,00                          |
| <b>Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques</b>   |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| Transfert  | Mode de traitement | DMT                          | DCS  | Prestations  | N° identification du prescripteur | Date d'implantation   | Prix unitaire/tarif de référence | Quantité | Montant facturé | Base de remboursement régime obligatoire | Régime obligatoire                       |                    | Montant AMC en tiers payant | Reste à charge pour l'assuré(e) |                                 |
|  |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  | Taux                                     | Montant            |                             |                                 |                                 |
| Sous-total 2   |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| Sous-total 1+2   |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 | 150,00                                   | 150,00                                   |                    |                             | 150,00                          |                                 |
| <b>Acquittement de la facture</b>  |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |
| Règlement Régularisation 150,00<br>Total encaissé 150,00   |                    |                              |  |  |                                   |   |                                  |          |                 |  |  |                    |                             |                                 |                                 |

Facture acquittée

Le 09/11/2021 10:56 (sa.belmouloud)