

## 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 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

- Reclamation : 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° W21-710630

118268

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

118268

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAYDI NASNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0674456542

Total des frais engagés :

248

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : DZ ALGER

Le : 30-10-2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/05/22		C	T	INP : 06006125 Dr. RAJESH KAKR Spécialiste en Médecine d'ur Hôpital Multidisciplin Khairatabad

11/05/22	C.T	INP: 060001285 Dr. RAJA KR Spécialiste en Médecine d'ur Hôpital Multidisciplin Khorriga
----------	-----	---

[illegible]

17/05/22	17/05/22	248.02	
----------	----------	--------	--

[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	

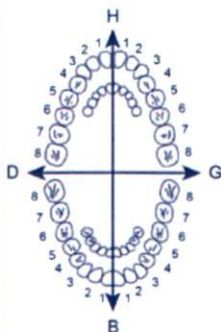
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

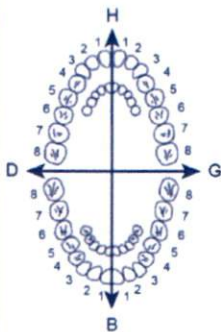
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																									
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																									
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																									
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																									

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Multidisciplinaire  
Khouribga

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى متعدد الاختصاصات  
خريبكة

Quittance N° 435 963

IPP : 309 317 N° de dossier : U220005854 DI : 711 298

Patient : HAMDİ HASNA

Montant : 278,02 Dh (deux cent soixante-dix-huit et 02 / 100)

Mode de paiement : Espèce

Date d'encaissement : 11/05/2022

Description :

Medecin :

Motif :

Assurance

CLIENTS PAYANT

Paiement effectué à la CAISSE LABO-URGE

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 0415950





## -Facture N° 2022/P/19262

IPP : 309317

Nom du patient	Modalité paiement	N° de dossier	Date de facturation	Période hospitalisation	
				Début	Fin
HAMDI HASNA	CLIENTS PAYANT	U220005854	11/05/2022	11/05/2022	11/05/2022

Désignation des prestations	Prix unitaire	Nombre	Montant Dh
<b>Actes</b>			
<b>Acte Forfaitaire</b>			
1047 CONTROL DE CONSULTATION	0,00	1,00	0,00
Total Acte Forfaitaire : 0,00			
Total Actes : 0,00			
<b>Pharmacie et Dispositifs Médicaux</b>			
<b>Medicale</b>			278,02
Total Pharmacie :			278,02

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cent soixante-dix-huit et 02 / 100

Total général : 278,02

Total encaissement :	278,02	Solde :	0,00
----------------------	--------	---------	------

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



## -Facture N° 2022/P/19262-Detail

IPP : 309317

Nom du patient	Modalité paiement	N° de dossier	Date de facturation	Période hospitalisation	
				Début	Fin
HAMDI HASNA	CLIENTS PAYANT	U220005854	11/05/2022	11/05/2022	11/05/2022

Désignation des prestations			Prix uni.	Nombre	Montant Dh
<b>Actes</b>					
<u>Acte Forfaitaire</u>					
1047	CONTROL DE CONSULTATION		0,00	1,00	0,00
Total Acte Forfaitaire : 0,00					
Total Actes : 0,00					
<b>Pharmacie</b>					
<u>Pharmacie</u>					
PHAR	PHARMACIE				278,02
Total Pharmacie : 278,02					
Total Pharmacie : 278,02					

### Honoraires Medecins

	Total :
	Total Honoraires :

### Detail Pharmacie et Dispositifs Médicaux

Description article	Prix u.	Quantite	Total
<b>Medicale</b>			
GANT D'EXAMEN MEDIUM T7 (100)	1.73	4.00	6.92
INTRANULE G 20 CATHULA (001)	3.46	1.00	3.46
SERINGUE INS 1 ML NEOJECT (001)	3.94	1.00	3.94
PERFUSEUR NOBLE (001)	5.20	1.00	5.20
BANDELETTE ACCU CHEK ACT ROCHE (050)	5.66	2.00	11.32
LANCET ACCU CHEK ROCHE (200)	6.44	2.00	12.88
SODIUM CHLOR POC 0.9 % 500 SOL MAS (01)	20.60	2.00	41.20
ACTRAPID HM 100 UI INJECTA (01)	193.10	1.00	193.10
Total Medicale : 278,02			
Total : 278,02			