

## 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

- 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° W21-664482

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930

Société : PAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BABA HASSAN

Date de naissance : 27/12/61

Adresse : Hôpital

Tél. : 0666 199817

Total des frais engagés : 650

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BABA MOHAMED AMINE  
Médecin Interne  
CHU IBN ROCHD - CASABLANCA

Date de consultation : 21/04/2022

Nom et prénom du malade : BABA HASSAN

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : insuffisance veineuse des membres inférieurs

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
20/04/88	C.S.		Général	INP : 09/000504/8	

Dr. BABA MOHAMED AMINE  
Médecin Interne  
CHU IBN ROCHD - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2022	6.50,00

[illegible]

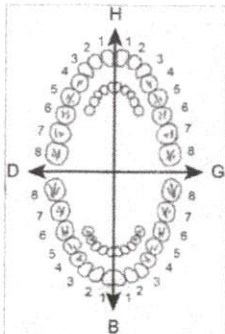
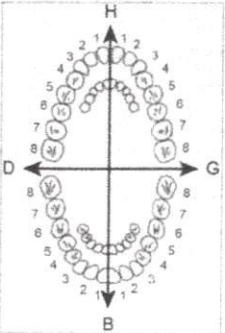
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
				Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Début d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Fin d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">                     H                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>                     D      00000000    00000000                             35533411    11433553                      B                 </div> <div style="text-align: left;">                     G                 </div> </div>			Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 21/04/2022

Hossein Bala

650/10 Bas de contention

R Pour Varices

Classe II

Dr. BABA MOHAMED AMINE  
Médecin Interne  
CHU IBN ROCHD - CASABLANCA



# Facture

Numéro F2200113

Date 22/04/22

N° Client C0370

BCN°

HASSAN BABA

Réf	Désignation	N°Serie / Lot	Date de péremption	Qté	P.U H.T	P.T H.T
262BCGLM	N° BL BL2200206 Du 22/04/22 Bas Cuisse MEDIUM Classe.2	103902		1,00	541,67	541,67

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cent cinquante Dhs

Montant Brut

Remise

TOTAL H.T

541,67

541,67

TX

MT

TVA 20%

108,33

0,00

TOTAL T.T.C

650,00

Visa Direction



Visa Client

