

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-778051

247542



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
13254

Société : RAN

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benzakri Soumia

Date de naissance : 27/12/1991

Adresse : 20, Rue Abu Takurthe Rougais

Tél. : 0639 70 8882

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. Abdelhamid NAÏT MO  
Professeur de Médecine Interne  
Hôpital Cheikh Khalifa  
INPE: 101107068

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 : Agdal

Le : 25/01/2023

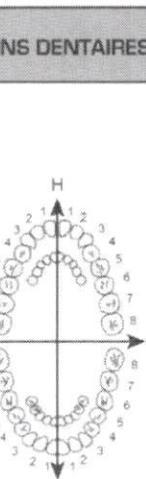
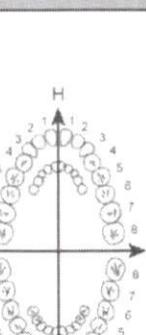
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

RELEVE 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
03/02/2023	Consultation	1	300,00	INP : <input type="text"/> Abdelhamid NAJLOU Médecin : Sheikh Khalil Signature : 1107068

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.										
 <b>SOINS DENTAIRES</b>				INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>			
				MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>			
				DEBUT D'EXECUTION						
				FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>			
				<b>O.D.F</b> <b>PROTHESSES DENTAIRES</b>						
					<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>					
					H			<input type="text"/>		
					25533412   21433552			<input type="text"/>		
					00000000   00000000			<input type="text"/>		
					D —————— G			<input type="text"/>		
					35533411   11433553			<input type="text"/>		
					B			<input type="text"/>		
					<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, 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							

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

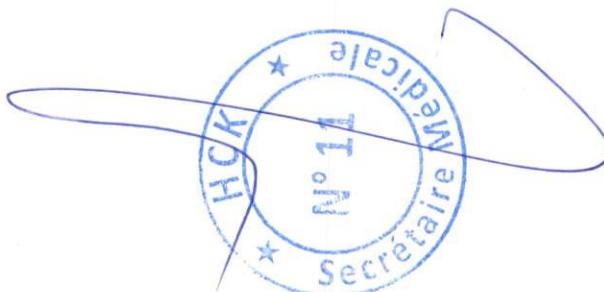
## F A C T U R E

N° : 794 / 2023 du 03/01/2023

Nom patient	BENZEKRI EP CHAMI DOUNIA	Entrée	03/01/2023
	PAYANTS	Sortie	03/01/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 03/01/2013

Quittance - Paiement espèces

738211

IPP : .....

N° D'admission : ..... 2300617471 Montant : ..... 300.00

Patient : ..... BENZEKRI ER CHANI

*Signature*

Cachet

