

## 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

- 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° W21-788436

157736

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : 11533 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NASR Mouna


Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0600 643793 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : crise d'angoisse

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) : .....



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21		
	02		99,00
	03		

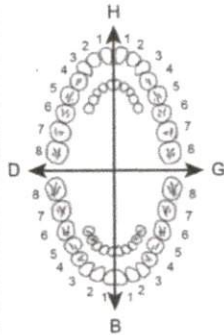
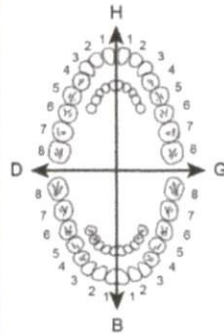
[illegible]

# 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 : <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>								
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				FIN D'EXECUTION <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; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>D</div> <div>B</div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) 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





210930220608BE

21 février 2023

## TAFROUTE AYA

### 1/ STRESAM 50 GELULE

1 cp x 2 / jour pendant 15 jours

### 2/ MANEF 300 MG CP

99,00

1 cp /j le soir pendant 1 mois

### 3/ ANDOL 1G CP

1 cp x 3 / j

PHARMACIE NOUR VICTORIA  
Dr. RAHAL Hajar  
Annasr. S21-ZR164 N°1 Victoria City  
06.64.21.83.38  
05.20.630.111

092088962

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. RAJI AKRAM JAD  
Medecin Urgence  
090063728



090063728



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300233381

## F A C T U R E

N° 7 276 / 2023 du 21/02/2023

Nom patient : TAFROUTE AYA

Entrée 21/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation exclusive d'urgentiste	1,00		300,00	300,00
Electrocardiogramme (ECG)	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	400,00
PHARMACIE	1,00		32,62	32,62
			Sous-Total	32,62
Total Frais Clinique				432,62

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT TRENTE-DEUX DIRHAMS SOIXANTE-DEUX CENTIMES

Total 432,62

	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	432,62	432,62	0,00

*[Signature]*



Id : \_\_\_\_\_

21/02/2023 02:45:25

Indéfini --- (---) Indéfini  
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 85 bpm  
PR: 140 ms  
QRS: 86 ms  
QT/QTcH: 366/410 ms  
QTcB: 436 ms  
QTcF: 411 ms

R<sub>VS-6</sub>/S<sub>V1</sub> : 1.61/1.25 mV  
Sok-Lyon : 2.86 mV  
Axe: 71/48/47 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



2300233381 / 210930220608BE

Prénom : AYA

Nom : TAFROUTE

DDN : 02/06/2004 E: 21/02/2023

Service : URGENGE (SO)



PAYANT  
Sexe: F

Méd. :  
Technicien :  
Commentaires :

