

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0052977

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662360713

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2023

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 :


Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



| 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 |
| 06/03/2023                     |                   | 1 x 16                | 4000F                           |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |           |                       |
|--|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|  | 06.3.2023 | 300.00                |

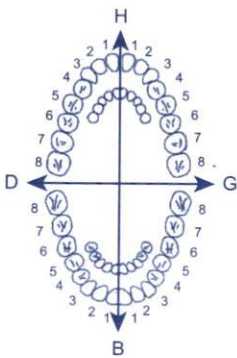
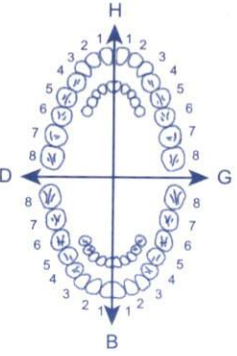
[illegible][illegible]

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins   | Coefficient   |   |  |
|---|--|---|---|---|--|
|  |  |   |   | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>      |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>       |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>         |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>   |   |   | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |  |
|   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412    21433552<br/>           00000000    00000000<br/> <b>D</b> ————— <b>G</b><br/>           00000000    00000000<br/>           35533411    11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |   |   |   |  |
|   |   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>       |   |  |
|   |  |   | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saâd SOL

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

Patient : M. EL TAHLI

Casablanca le 06 MAR. 2023



أمراض القلب و الاوعية الدموية

طب بباريس

الصدى و الدوبلير بالالوان



Traitement de  
Trois (03) Mois

37,00 x 6

280000

37,00

Traitement de  
Trois (03) Mois

27800

280000



300,00



37,00

1/26.13.36 - CASA  
Hôpital El Madani  
de Cardiologie  
SOLAMI

طفي المعاني (قرب زنقة أكاد)  
Agadir - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13  
1802254 - ICE: 00175507600

BETASERE

28000

PER 02 2025

37,00



ETTAHALI, MOHAMED

ID:

D-naiss:

0ans,

06-Mar-2023 15:06:33

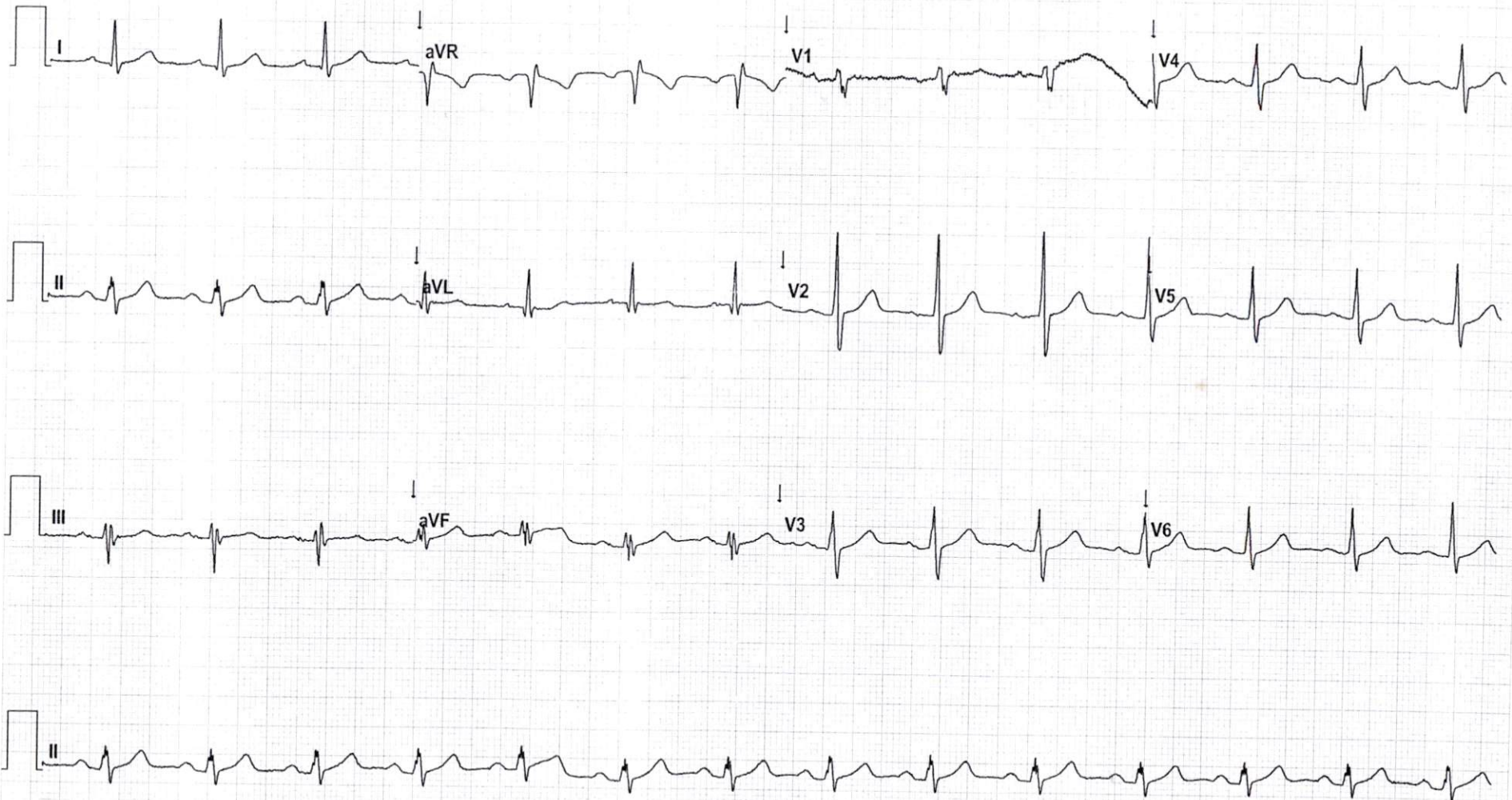
Fréq.Card: 84 BPM  
Int PR: 180 ms  
Dur.QRS: 95 ms  
QT/QTc: 360 / 401 ms  
Axes P-R-T: 51 -6 49  
Moy RR: 712 ms  
QTcB: 426 ms  
QTcF: 403 ms

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 47100 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz