

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*MUPRAS  
RECEPTION*

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : A70994  
 Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED  
 Date de naissance : 01/01/1980  
 Adresse : 22A, Rue Tayeb, cité de l'air, Nouaceur  
 Tél. : 066.110.67.15 Total des frais engagés : 3741,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2019  
 Nom et prénom du malade : KASRI  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : ALD  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  
 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : Casablanca Le : 26/07/2019  
 Signature de l'adhérent(e) : KASRI

Autorisation CNDP N° : A-A-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 Relèvement des Actes
26/07/23	CS + ECG	3000	3000	DR. GUY LELLOUN MDTM 06/07/23

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
06/07/23	26/07/23	3000 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

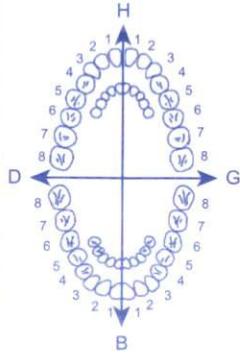
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

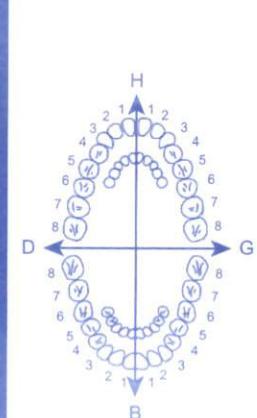
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
				

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ***Dr BENJELLOUN Mohammed Karim***

## **Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux**

## Hypertension Artérielle, ECG ( tracé du coeur )

## Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

## Diplômé d'Echocardiographie Doppler

## **BORDEAUX**



زن محمد کریم

القلب والشرايين

## الكوليسترول .....

للقلب، الـهـولـتر

لصدى

ردو

Casablanca, le .....

Mohamed Nasri

Bd. Al Qods, **511, Jardins Al Qods Californie** (En Face du concessionnaire RENAULT) -  
**Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 0524 40 00 00**  
E-mail : drbeniellounkarim@gmail.com

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	<b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS</b>	code : PR2FR04 Version : 01 Date : 24/05/2022
---	---	---

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>		
Nom et prénom : <b>KASRI Mohamed</b> Matricule : <b>01377</b> <span style="float: right;">N° CIN : <b>B 524 737</b></span> Adresse : <b>22A Rue Tanger cité de l'air Noraceur</b> Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>		
Je soussigne :	Spécialité :	<b>Card</b>
N° ICE :	N° INPE :	<b>0</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>KASRI Mohamed</b>		
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> <3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie <b>3 mois</b>		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
<b>PCFA + HGD + urinaire.</b>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : <b>Urin</b>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : <b>CASABLANCA le 20/05/2023</b>		
Cachet et signature du médecin traitant :		
		

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées