

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0038575

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN M. HAMMED

Date de naissance : 4/4/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664684943 Total des frais engagés : 1031 DH. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGISTE  
13 BD AIN TAOUJATE CASABLANCA

Date de consultation : 02/09/2019

Nom et prénom du malade : MR HAMDOUN M. HAMMED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémodiálise

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 : CASABLANCA Le : 01/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
2.9.14				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

02.09.14      181,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

2/09/14      120 + 1450      850017

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

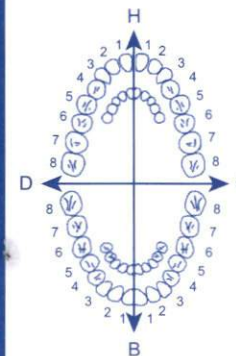
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

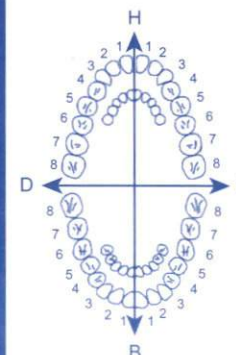
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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



Casablanca, le 02/09/2019

Mr HANOUN MAHED

(S.V)

102,00

Julien 20

1/1000 le matin 20mg

79,00

2/ Lexipne (S.V)

x 10g

1/1000

181,00

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 18304  
PER: 04-2021  
PPU: 102,00 DH

Lot: MF10/18  
Ul. Av: 10/21  
P.P.C  
79.00 DH

Pharmacie de l'Oasis  
Mme. R. LAHLOU ELKATEB  
64, Boulevard A. Bouabid - Oasis  
Tél. : 05 22 23 81 81

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
14 Bd. Ain Taoujtate - Casablanca  
Tél: 0522 27 03 53



# Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

*Dr. Meryem Cherkaoui*

*Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France*

Nom & prénom : **HAMDOUN M'hammed**

**FACTURE** N° : 19/1410

**DATE :** 02/09/2019

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies simples	320P	350,00
Polype	450P	500,00
Total Cotation		Total Montant
		850,00

**Arrêtée la présente Facture à la somme de :**

HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS







*Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques*

*Dr Meryem Cherkaoui*

59, Bd Rahal El Meskini - 3è Etage - Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02

E-mail : patholab6@hotmail.fr - TP: 34 30 38 49

**Reçu**

Date : 02/09/19

Réf. : 19H1308

Lieu Envoi : Cabinet médical

Nom & prénom : Mr **HAMDOUN** M'hammed

Nature du prélèvement : Biopsie + polype



Réception : Le 02/09/19 A 10H56

Résultat Prévu : Le 06/09/19 A 17H30

Montant : 850,00

Payé : 850,00

Reste :