

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-457048

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **7835** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **AHMADOUN KHALID**

Date de naissance : **28/10/1968**

Adresse : **HAY AL BOUGHAF, AV MLY TANAR BEN ABDELKRIM**
RUE 39 N°02 TANGER

Tél. : **0666824173** Total des frais engagés : **200+240** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur BARRANE Hassan**
Médecine Générale
Résidence Shakira Imm A8, N°112 Bd. Des FAR
(Route de Rabat) Tanger -
Tél. : 06 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26
Fax : 06 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26

Date de consultation : **03/10/2019**

Nom et prénom du malade : **AHMADOUN KHALID** Age : **12 ans**

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

Nature de la maladie : **Diabète**

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 : **TANGER** Le : **03/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **Ahmed Siega/Ram**

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

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
02/10/13	C2	2	2400	INP : 115101789

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	10/10/2013					2400

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BARRANE Hassan

Médecine Générale

- Diplôme d'Echographie Générale
- Certificat d'Expertise Médicale
- Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتور بران حسن

الطب العام

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- شهادة جامعية في الخبرة الطبية
- خريج كلية الطب بالدار البيضاء

Tanger, le: 03/10/2019

طنجة، في

Mr

AMMADOUN



Dr. H. BARRANE

Docteur BARRANE Hassan
Médecine Générale
Résidence Shakira Imm A8, N°112 Bd. Des F.A.R.
(Route de Rabat) Tanger - Tél.: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26
Tél.: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26
ICE : 002037959000006 INP : 151017795

إقامة شكيرا عمارة A8 شقة 112، شارع الجيش الملكي (طريق الرباط) طنجة - الهاتف: 06 61 25 96 26 / 05 39 38 44 93
Résidence Shakira Imm A8, N°112 Bd. Des F.A.R (Route de Rabat) Tanger - Tél.: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26
ICE : 002037959000006 INP : 151017795



ORTHONORD

Facture N° 664/2019

Tanger le 10/10/2019

Client : alae ahmadoun

[illegible]

Arrêtée la présente facture à la somme de: deux cent quarante dirham.

Signature et Cachet

ORTHONORD: N°127, Av. Hassan 2-Tanger -Tél 0539933004

R.C.76648-CNSS: 16968753-Patente: 50204329-I.F:81013641- ATTIJARI Wafa Bank

RIB : 007640000613100030130050

Identifiant commun de l'entreprise 000167367000030