

# ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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



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

Nº P19-0048911

Optique *ND 36467*  Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0878*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Amine Abdessalam*

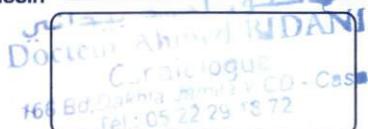
Date de naissance : *1-7-42*

Adresse : *1129 n°105 Abellah Rue 269 n°19 Casablanca*

Tél. : ..... Total des frais engagés : *561.40* Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *01/07/2020*

Nom et prénom du malade : *Dessal Fakir* 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) :



Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/10/2020	Actes	4	38025	<i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/2020	265,140

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

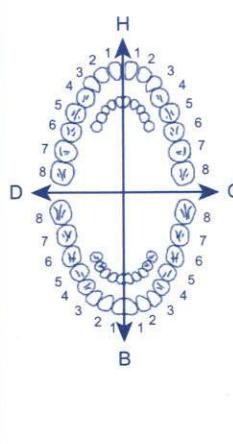
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

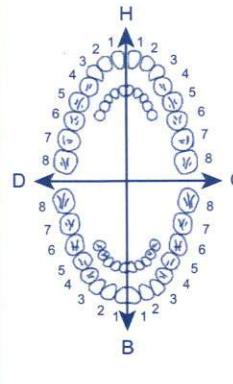
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

الدار البيضاء، في: ٠١.٥٤.٢٠٢٣  
Casablanca, le : ٠١.٥٤.٢٠٢٣

٢١.٥٤.٢٠٢٣

→ Dari -

*Foto*

To: 160 s

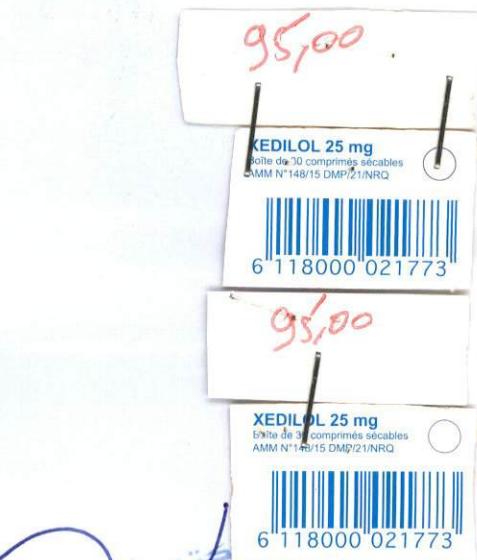
$$35,70 \times 2 = 71,40$$

3510  
1) - Kaudzic 160  
isis

$$95,00 \times 2 = 190,00$$

$$2) - \text{Xed! Met 2 C.} \\ r = 0 - \Rightarrow 15$$

$$T = 261,40$$



شارع الداخلة رقم 166، جميلة 5 سباتة - الدار البيضاء  
Eddakhla N° 166, Jamila 5, Sebata - Casablanca  
tél. : 05 22.29.18.72 / 05 22.29.06.86 / 05 27.82.41.95 - Fax : 05 22.59.74.03 - GSM : 06 61.17.10.15 (Urgence)

ECG

DR.AHMED BIDANI CCB 0522291872

Name :DAHRI FATIMA ID :A648.20 Sex :Female Age :67 Date :1-7-2020

10mm/mV 25mm/s



Frequency : 1000 Hz PR Interval : 182 ms

#### Suggestion :

Sample Time : 6 s QT Interval : 469 ms

Heart Rate : 71 bpm QTc Interval : 510 ms

P Duration : 94 ms P Axis : -90.0

QRS Duration : 174 ms QRS Axis : 1.0

T Duration : 265 ms T Axis : 31.4

Main Filter:On

ADS Filter:On

Physician Signature:

