

# 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

- Reclamation : 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-775177

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13128 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Cheroui Danif Adname

Date de naissance : 10/09/1992

Adresse : Des sidi abderrahman GH14 apt 45 Oulfa Casablanca

Tél. : 0611 42 42 90 Total des frais engagés : 600,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ASMA ESSOUBA  
PEDIATRE - INPE : 071183156  
Bd Oued AOUI Im City Office, Etg 3, N° C7  
Quartier Missimi Oulfa HASSANI - Casa  
05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHEROUI NADINE Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite - laryngite - asthme

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 : 18/01/2023

Signature de l'adhérent (e) :

# 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
11/01/23	CS		40,00	DR. ASMA ESSOUIBA DENTISTE - INPE 071183156 Bd Oued LAOU, Im City Office, Dg 3, N° 1 C7 Quartier Missim, Oulfa H. HASSANI - Casa 05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OASIS 132, Bis Route de l'Oasis 05 22 99 02 84	12/11/23	220,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

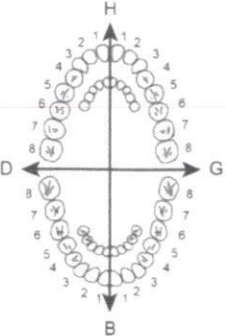
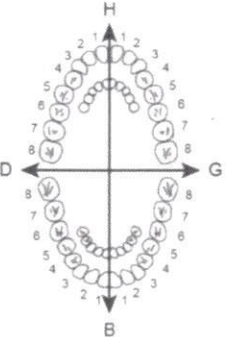
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 11-01-2023

Facture N° 00709/23

## A. Identification

N° Dossier : ATF23A11144130

N° Identifiant : 031463/23

Nom & Prénom : bebe CHERGUI DARIF NADINE

C.I.N :

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-01-2023

Date Sortie : 11-01-2023

Médecin traitant : DR . ESSOUIBA ASMA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		400,00	

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél: 0522 23 18 18 / 05 22 23 50 73



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصلحة أطفال

Casablanca, le 01/11/2013

Cher Ami ALHACH

21.90

2- Rotavent

(1's)

1/2 - 1 - 3/5 107

30.00

2- Betastène gouttes

(1's)

PHARMACIE GARE OASIS  
152, Bis Route de l'Oasis  
Casablanca - 0522 99 02 84

66,10 X 2

30 gouttes 1 - 032 05

3- Za

(1's)

1000 - 3/5 108j

26.40

4- 10'00x

(1's)

1 goutte x 3/5 106

9.70

5- 10'00x

(1's)

1000 x 4

Dr. ASMA ESSAÛIBA  
PEDIATRE - INPE: 071 83156  
Bd Oued LAOU, 1<sup>er</sup> City Office, Etg 3, N° C7  
Quartier Missimi Oufia H. HASSANI - Casa  
05 22 23 80 61 41 / 06 60 60 37 30

6- Comresse stérile

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

10 220, 20.

LOT : 1500  
UT. AV: 08 - 24  
P. P.V: 30 DH 00

**Butovent<sup>®</sup>**  
0,04%  
Salbutamol

ppv 210h90

E10148C00

ppv 26 40



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**

**RÉPÉTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول (الاحقة أ) - بعرف بموجب وصفة طبية

PPV 66DH10

LOT L2153 PER 07/24

PPV 66DH10

LOT L355 PER 01/24