

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0024018 153913

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 022 99 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAINE AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : CHAINE AHMED Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/02/23		5	300,-	<div> <div>Abdelkrim MAAFI</div> <div>Anesthésiste Réanimateur</div> <div>Larache</div> <div>INPE : 161076815</div> </div>
19/02/23				
21/02/23				

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

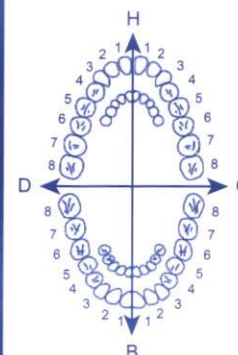
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

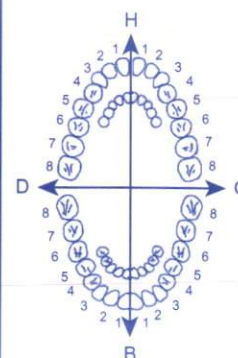
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE LARACHE

MULTIDICPLINE
TEL:0539520403/FAX:05395245003

F A C T U R E

N° 302 / 2023 du 22/02/2023

Nom patient	CHAHINE AHMED	Entrée	Sortie
		19/02/2023	21/02/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
JOUR DE PERFUSION	2,00		150,00	300,00
1 JOUR SOINS INTENSIFS	2,00		1 200,00	2 400,00
			Sous-Total	2 700,00
PHARMACIE	1,00		1 000,00	1 000,00
TEST GLYCIMIE	10,00		30,00	300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total Frais Clinique				4 000,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MAAFI ABDELKRIM (anesthésiste)	2,00		500,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total prestations externes				1 000,00

	Total général	5 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	5 000,00	5 000,00	0,00


S.A.R.L. Clinique Larache
R.P. : 364 - Larache
N° : 150003372
Tel : 0539.52.04.03

Date :

ORDONNANCE

19/02/23
Chahine

1) officine 200
1 g x 2 g x 10 g

2) Peripolex 200
1 g x 2 g x 3 mes

Dr. Abdelkrim MAAFI
Anesthésiste Réanimateur
Larache
INPE : 161076815

Clinique Larache S.A.R.L
Lot. Chaâbane Route de Rabat Larache
B.P : 364 - Larache
Tél. : 05 39 52 05 13 / 05 39 52 04 03

Omara

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	CHAHINE AHMED	N° Facture :	302	23B191800
-------------	---------------	--------------	-----	-----------

	Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
	ACTRAPIDE HM INSULINE	1	191,40	191,40
	ANTAGON INJ (10)	1	57,20	57,20
	APOTEL 10MG/MK B5 INJ	2	29,00	58,00
	SERUM GLUCOS 30% 125 ML	4	23,00	92,00
	SERUM SALE 0.9% 250 ML	4	23,00	92,00
	SOLUMEDROL 120 INJ	1	57,60	57,60
	TRICEF 1G /10ML IV,FLACON DE POUDRE+AMPO	4	104,70	418,80
	Sous-Total médicaments			967,00
	INTRANUL G 24	1	9,00	9,00
	SERINGUES 5 CC BT 100	6	2,50	15,00
	TUBULAIRE (PERFUSEUR AVEC ROBINET)	1	9,00	9,00
	Sous-Total consommable médical			33,00
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie		1 000,00

0403
B.P. : 364 - Nadiade
N°P : 160000372
Tel. : 0539.52.05.13
SARL
Clinique Tatche

CLINIQUE LARACHE**NOTE D'HONORAIRES****Le : 19/02/2023**

Références

302 / 230221112217003708

PAYANT

Entrée / Sortie : 19/02/2023 - 21/02/2023

Le Dr. MAAFI ABDELKRIMprésente à **Mr CHAHINE AHMED**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs (MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Abdelkrim MAAFI
Anesthésiste Réanimateur
Larache
INPS : 161076815

Cachet et signature

CLINIQUE LARACHE

S. A. R. L

Médico – Chirurgicale

COMPTE RENDU HOSPITALISATION

NOM ET PRENOM

DATE

Dr. Abdelkrim MAAFI
Anesthésiste Réanimateur
Larache
INPE: 161036815

102/2023
Chahine Ahmed

Patient âgé de 71 ans.

Surveillé par Neurologue. (Admission en
post-chimiothérapie et Radiothérapie après
pour Cachexie et Déshydratation

DT: 13/7 G: 3 kg Poids: 98 kg,

mis sous Déshydratation ⊕ Diurétique
⊕ Antihypertenseur.

Réalisé faire et surveiller sous Traitement
Oral après 2 jours d'hospitalisation
pour Traiter l'Amputation ischémique
en cardiologie.

Dr. Abdelkrim MAAFI
Anesthésiste Réanimateur
Larache
INPE: 161036815