

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Complément

164297

Déclaration de Maladie : N° S19- 0007401

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990

Adresse :

Tél. : 0600628192 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca Le : 08 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

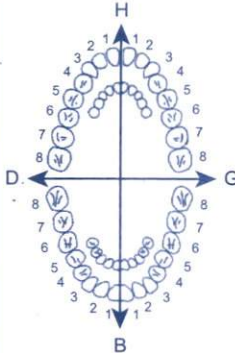
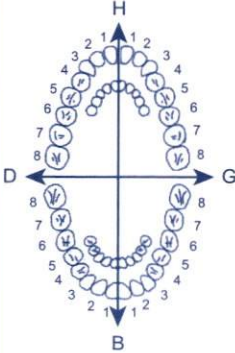
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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"/>															

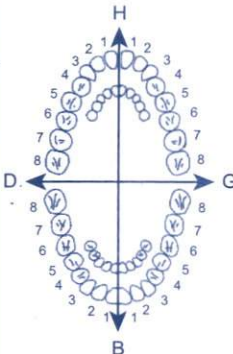
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

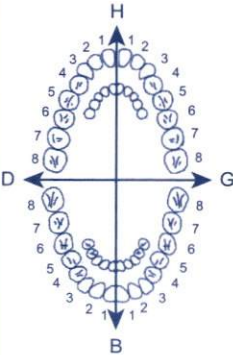
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



AtlantaSanad
ASSURANCE

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023069210

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083

Adhésion N° : 11320

Malade : JAD

RIB : 011793000014200000083643

Ste Contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF

Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA

Déclaré le : 16/05/2023

Soin du : 21/04/2023

Sinistre N° : 040.2023.00258104

Date décision : 22/05/2023

Reçu le : 16/05/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500,00	0,00	500,00	80	400,00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	400,00	0,00	400,00	80	320,00
Pharmacie	318,50	0,00	318,50	80	254,80
Totaux	1 218,50	0,00	1 218,50		974,80
Règlement Compagnie (Dhs)					974,80

Dossier N° : 3327580

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

123456

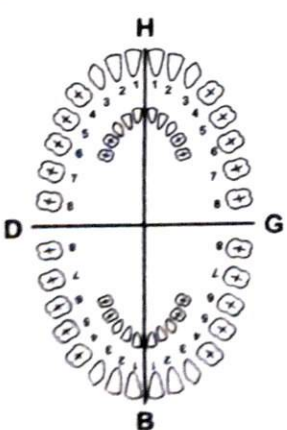
A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade ROCHDI JAD Age 32 Ans
 Nature de la maladie Gastrite
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) _____

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES SOINS	
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien	Montant	Cachet et Signature du praticien
21/04/2023	CNV + Per + FC	2800 DH	<i>[Signature]</i>	378.50	<i>[Signature]</i>
				ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien		
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX	
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien		

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p>Le traitement de prothèse dentaire doit être soumis à l'avis de la Commission</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le _____		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le _____ Terminé le _____		
	SOINS				PROTHESE
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à ténons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adhension
				Montant des soins DH	Montant de la prothèse DH
Partie réservée au contrôle		Cachet et Signature du praticien attestant l'accomplissement des soins relatifs à la prothèse		Cachet et Signature du praticien attestant l'accomplissement des soins relatifs à la prothèse	



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 22/04/2023

BETTI OUI Jad

23600

1/- INNEXIUM long

LA PHARMACIE DE L'AVENUE
Angle Boulevard Mohammed V
et Rue RIF - Mohammed
Tél : 05 23 32 05 02

type 2 inject

2/- Diamant de 11 d'eden
24.50
3/- Nauseum 207

60.00

2007+3
in mail

4/- ~~Exatoprima~~

2007+3
type 2

378.50

CLINIQUE ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél : 05 22 23 18 18 (BLG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

Dr. ROCHDI FATIMA EZZAHED
Pediatre
INPE 061245346

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 21-04-2023

Facture N° 06631/23

A. Identification

N° Dossier : ATF23D21010612

N° Identifiant : 034788/23

Nom & Prénom : Enf. BETTIOUI JAD

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 21-04-2023

Date Sortie : 21-04-2023

Médecin traitant : DR. ROCHDI FATIMA EZZAHRA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	PERFUSION		500,00			500,00
Total Rubrique :						900,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						900,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

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

Signature de l'assuré