

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

N° W21-804669

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13038 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SFART Saadeddine
 Date de naissance : 16/04/92
 Adresse : B35, Res Anoual Plaza, Casablanca
 Tél. : 0662103923 Total des franchises engagées : 598,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/23
 Nom et prénom du malade : SFART Saadeddine Age : 30 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinopharyngite
 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 : 23/09/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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
18/09/23				INP : 00000000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMATIBNOU ROZHD sari 11, RUE GRASSET, QUARTIER DES HOPITAUX - CASABLANCA 35 22 49 20 20	8/9/23	2484

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 : 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
					MONTANTS DES SOINS []															
						DEBUT D'EXECUTION []														
							FIN D'EXECUTION []													
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

JAD MSFART

Casablanca, le : 18/09/23

A : 30 mois

P : 14 kg

1. Augmentin N5

(S.V)

3910
x3

Dose de 14 x 3

pendant 8 jours

PHARMACIE HOPITAL
IBNOU ROCHD sarl
11, RUE GRASSET QUARTIER
DES HOPITAUX CASABLANCA
0522 49 20 20

2. colipred 20 (S.V)

40x

1cp 5 pendant 7 jours

3. Humel 15

Eufout

1440

1 Louge

(S.V)

4. outibiosynator

18tes

x 2

DR. OUALI ALAMI Rajaa
Pédiatre
45 Lot Salam Tranche D2 Eto 3 Apt 10
Ahi Lghiam - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel : 0520 70 40 04 / Gsm : 0675 24 11 13

1 - Doliprane 200 mg

1 suppo 16h si F° ou D°

2 - Enterogerminio 27 (S.V)

60,-

1 sup

15

8,25

248,40

Doliprane® 200 mg
Paracétamol

10 Suppositoires

6 118000 040309

PPV: 110DH70
PER: 06/26
LOT: M8Q30
11,70

HÔPITAL
NOCHE SRI
11, RUE GRASSET, QUARTIER
DES HÔPITAUX - CASABLANCA
35 22 49 20 20

DROUALI ALAMI Rajaa
Pédiatre
45, Lon Salam 1 Tranche D2 Esg 3 April 10
Ahl Lghiem - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 0520 70 40 04 / Gsm: 0675 24 110

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescent sécables

6 118000 041016

PPV: 40DH00
PER: 06/26
LOT: M1838

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Aix Sebâa 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,
Susp oral b10 fl 5ml

P.P.V.: 60DH00

6 118001 081653

PPV: 39,10 DH
LOT: 650382
PER: 08/2024

AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml
Poudre suspension
buvable, 30 ml

6 118000 160199

PPV: 39,10 DH
LOT: 650382
PER: 08/2024

AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml
Poudre suspension
buvable, 30 ml

6 118000 160199

PPV: 39,10 DH
LOT: 650382
PER: 08/2024

AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml
Poudre suspension
buvable, 30 ml

6 118000 160199

ANTIBIO SYNALAR

19,40

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml

6 118000 120254

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 18/09/2023

Pré-Facture		Etablie par ZAHIRA RECEPTION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X3I1816864		MUPRASI		N° Identifiant : 21076616/21	
Nom & Prénom : SFART JAD					
C.I.N. : JC487880		Date Début : 18/09/2023		Date Fin : 18/09/2023	
Adresse :					
Traitement : Consultation		Médecin : OUALI ALAMI RAJAA			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
PARTIE CLINIQUE :					100,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. OUALI ALAMI RAJAA (PEDIATRE)	1	250,00			250,00
Total Rubrique :					250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					250,00
TOTAL FACTURE					350,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

