

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 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.

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° W21-687750

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12168

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Quannirach Souh

Date de naissance :

20/06/68

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

1758,6 dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE 091166660
05, Bd. 02 Mars, RDC
Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Quannirach Kamel

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Abces au pied

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 :

11/04/2024

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
23/02/24	COT		4.000 DH	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CYPRÉS Centre Commercial La Promenade C16 - Ville Verte, Bouskora Casablanca Tél: 05 22 51 23 21	23/02/24	308,60 dh

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	
	23/02/2024					2500 DH
	24/02/2024					
	21/03/2024					8000 DH

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 canalaire, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></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

ORDONNANCE

ETAMYL 500 mg
Boîte de 20 comprimés
PPV : 10,20 DH
6 118000 190219

PPV : 74,60 DH
LOT : 653162
PER : 07/25

PHARMACIE LES CYPRES VILLE VERTE

Centre Commercial La Promenade
Local C16 - Ville Verte, Bouskoura
Casablanca

Casablanca le, 23/02/24

KAMIL QUOUNINI CH

PPV : 74,60 DH
LOT : 652731
PER : 05/25

74,60 x 4



Augmentation Saoung
1s x 3h¹ p¹ 14 jours
pendant les repas.

10,20



Augment Saoung
1s x 2h¹ p¹ 04 jours
pendant les repas.

T : 308,60

+ changement de passement
chaque jour pendant 07 jours.

Réanimation
Néonatale

Hémodialyse

CLINIQUE VILLE VERTE
Casablanca - Ville Verte
Bouskoura - Casablanca
Tél : 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE : 06 67 57 57 57
105, Bd. de Mars, RDC
Casablanca

CLINIQUE VILLE VERTE

ELSAN
TEL :0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 743 / 2024 du 23/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée	Sortie
		23/02/2024	23/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION SPÉCIALISTE EXTERNE HORS RÉ	1,00		400,00	400,00
PANSEMENT	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	650,00
Total				650,00

	Total général	650,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	650,00	650,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE

ELSAN
TEL :0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 756 / 2024 du 24/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée 24/02/2024	Sortie 24/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 100,00	Total encaissé 100,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Ville Vert
Bouskoura - Casablanca
TEL: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL S A N
TEL :0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 771 / 2024 du 25/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée	Sortie
		25/02/2024	25/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	100,00	100,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
25/02/2024
0522 51 23 23
0667 57 57 57
Casa Green Town, Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL :0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 789 / 2024 du 26/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée	Sortie
		26/02/2024	26/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	100,00		100,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE

ELSAN
TEL :0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 802 / 2024 du 27/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée	Sortie
		27/02/2024	27/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	100,00				100,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca ③
TEL : 0522 51 23 23 - 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

FACTURE

N° 831 / 2024 du 28/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée 28/02/2024	Sortie 28/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 100,00			Total encaissé 100,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca
TEL: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

FACTURE

N° 852 / 2024 du 29/02/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée 29/02/2024	Sortie 29/02/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 100,00				Total encaissé 100,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca ③
TEL : 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL S A N
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 867 / 2024 du 01/03/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée 01/03/2024	Sortie 01/03/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 100,00				Total encaissé 100,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca ③
TEL: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL :0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 887 / 2024 du 02/03/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée 02/03/2024	Sortie 02/03/2024
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total				100,00

	Total général	100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 100,00		Total encaissé 100,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca
TEL : 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57