

## 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  
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° W19-515478

ND: 32017

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12096 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Saida Naïma

Date de naissance : 19/09/1978

Adresse : C. S. N.

Tél : 0662195199 Total des frais engagés : 21000,3900 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 : Accouchement

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 24/06/2020

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
19/02/99	1822/99	1822/99	1822/99	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<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>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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° de DI :	2 499 346	IPP :	1500484	Nom du patient :	SAIDA NAJIOULLAH
Modalité paiement :	CLIENTS PAYANTS	N° de dossier :	H200097555		
Date d'entrée :	15/06/2020	Date de sortie :	16/06/2020	Nombre de jour :	1

Date et heure d'impression : 16/06/2020 12:30:17

Description	Facturable
01 SÉJOUR	350,00
02 ACTES	3 900,00

TOTAL 4 250,00

Solde : 4 250,00  
Désignation des prestations

Total encaissement : 0,00  
Prix unitaire Nombre Montant Dh

#### ACTES

ACTE FORFAITAIRE				
12	ACCOUCHEMENT NORMAL	5 500,00	1,00	5 500,00
1099	REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
ACTE NON FORFAITAIRE				
3364	RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00

#### SÉJOUR

SEJOUR INDIVIDUEL				
1586	COMPLEMENT SEJOUR CHAMBRE INDIVIDUELLE	150,00	1,00	150,00
1874	SEJOUR ACCOMPAGNANT CHAMBRE INDIVIDUEL	200,00	1,00	200,00

#### Detail Pharmacie

Description article	Prix u.	Quantité	Total
---------------------	---------	----------	-------

Total :



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2020/P/57299 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1500484 DATE ENTREE : 15/06/2020  
N ° DOSSIER : H200097555 DATE SORTIE : 16/06/2020  
NOM & PRENOM : SAIDA NAJIOULLAH DATE FACTURATION : 22/06/2020

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>SÉJOUR</b>			
COMPLEMENT SEJOUR CHAMBRE INDIVIDUELLE	150,00	1,00	150,00
SEJOUR ACCOMPAGNANT CHAMBRE INDIVIDUELLE	200,00	1,00	200,00
<b>TOTAL SÉJOUR :</b>			<b>350,00</b>
<b>ACTES</b>			
REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
ACCOUCHEMENT NORMAL	5 500,00	1,00	5 500,00
RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL ACTES :</b>			<b>3 900,00</b>

<b>Honoraires Medecins</b>			
<b>ASMAMA YASSMINA</b>			
RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL ASMAMA YASSMINA :</b>			<b>400,00</b>
<b>BELGHITI LAILA</b>			
ACCOUCHEMENT NORMAL	2 000,00	1,00	2 000,00
REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
<b>TOTAL BELGHITI LAILA :</b>			<b>0,00</b>
<b>TOTAL Honoraires :</b>			<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre mille deux cent cinquante et xx / 100	Total général :	4 250,00
Total encaissement :	4 250,00	Solde
		0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD





N° DE FACTURE : 2020/P/57299 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1500484 DATE ENTREE : 15/06/2020  
N ° DOSSIER : H200097555 DATE SORTIE : 16/06/2020  
NOM & PRENOM : SAIDA NAJIOULLAH DATE FACTURATION : 22/06/2020

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>SÉJOUR</b>			
COMPLEMENT SEJOUR CHAMBRE INDIVIDUELLE	150,00	1,00	150,00
SEJOUR ACCOMPAGNANT CHAMBRE INDIVIDUELLE	200,00	1,00	200,00
<b>TOTAL SÉJOUR : 350,00</b>			
<b>ACTES</b>			
REMISE HONORAIRE MEDECIN	2 000,00	-1,00	-2 000,00
ACCOUCHEMENT NORMAL	5 500,00	1,00	5 500,00
RECEPTION DU BÉBÉ	400,00	1,00	400,00
<b>TOTAL ACTES : 3 900,00</b>			

Arrêtée la présente facture à la somme de  
quatre mille deux cent cinquante et xx /  
100

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>4 250,00</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>4 250,00</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



Service Admission/Facturation

Quittance N°

2 203 444



IPP : 1 500 484 N° de dossier : H200097555 DI : 2 499 346

Patient : SAIDA NAJIOULLAH

Montant : 4 250,00 Dh (quatre mille deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE

N° du document : 2010

Date d'encaissement : 16/06/2020

Païement effectué à la CAISSE ADMISSION 1

**Cachet du caissier :**

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

N° 1591561

Centre  
Monétique  
Interbancaire

16/06/20 14:10:47

9900024606

90246003

HCZ HOSPITALISATIONS

Rabat

A0000000032010

APP : VISA

M.AZZAOUI MED SAAD

xxxxxxxxxxxxx2010

05/21 CARTE NATIONALE

8D1243D59CA46E5F

621-0-9999-1-44

MONTANT: 4250,00 MAD

NUM TRANSACTION : 005

NUM AUTORISATION: 390763

STAN : 000488

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT