

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractéristique 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

37615

## Déclaration de Maladie : N° S19-0018295

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11252 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIF YASSIR Date de naissance : 02/10/1977

Adresse : Place du Temple, Lotissement Stade d'Hommes, D8

Tél : 05 22 21 12 68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : CABLI NADIA EPNADIF Age : 32

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018295

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
4/8/22	H0897		803730	

CLINIQUE LES FLEURS  
Accouchement Chirurgie  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél : 05 22 22 26 46 / 22 09 90  
Tél : 05 22 22 94 47 - Casa

DEFINICURIA  
GYNECOLOGIE  
N° 59545 Casablanca Mail Mohammadia  
Casablanca Tél : 05 22 44 61 81 75

# 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 Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

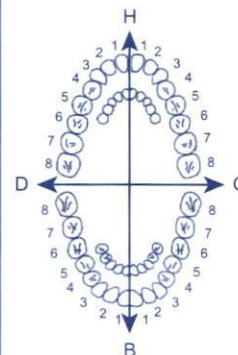
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

# 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 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

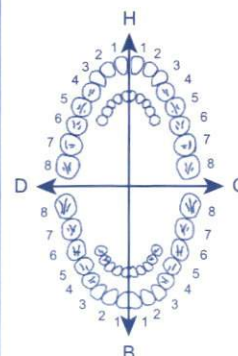
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طبية لأمراض النساء و طب الأطفال  
CABINET MEDICAL DE GYNECOLOGIE ET DE PEDIATRIE

الدكتور غنوان محمد

Dr. GHANOUANE Mohamed

Spécialiste des Maladies des Enfants,  
Nourrissons et Nouveau-nés

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع و المواليد

خريج جامعة كاين بفرنسا

Diplômé de l'Université de CAEN-France

شهادة مستعجلات طب الأطفال

Diplôme des Urgences Pédiatriques de l'Université de Rennes

الحساسية - الربو (الضيق)

Allergie - Asthme



الدكتورة الناصري عائشة

Dr. ENNACIRI Aïcha

Gynécologue Obstétricienne

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة جامعة كاين بفرنسا

Diplômée de l'Université de CAEN-France

العم - الفحص بالصدى - جراحة النساء - أمراض الثدي

Diplôme d'Echographie et de Stérilité de l'Université de Paris V

Casablanca, le : 11/08/2020

1/2020 15h 24<sup>h</sup> pm  
cabinet interne pour 150g  
c° 258/2

Dr. ENNACIRI AÏCHA  
GYNECOLOGUE  
N° 594, Av. Chouhada, Hay Mohammadi  
Casablanca - Tél: 05 22 61 81 75

Le : 11/08/2020

Références

1 698 / 200815114133027004

PAYANT

Entrée / Sortie : 11/08/2020 - 12/08/2020

Le Dr. ENNACIRI AICHA

présente à Mme CABLI NADIA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600,00 Dhs

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

Dr. ENNACIRI AICHA  
GYNECologue  
N° 594 A/Chebbou El-Hay Mohammadi  
Casablanca - Tél: 05 22 61 81 75

Cachet et signature



**CLINIQUE LES FLEURS****ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERAL****16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA****Tél. 05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47****BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>CABLI NADIA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>ENNACIRI AICHA</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>11/08/2020</b> 21h00.	
Date sortie	<b>12/08/2020</b> 12:39	
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : LACHHAB 15/08/2020 11:42 20H121114		

**CLINIQUE LES FLEURS**  
Accouchement Chirurgie  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél. : 05 22 22 28 16/22 09 90  
Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

# CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE  
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA  
Tél.05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

## F A C T U R E

N° 1 698 / 2020 du 11/08/2020

Nom patient	CABLI NADIA	Entrée 11/08/2020	Sortie 12/08/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SEJOUR CLINIQUE - HOSPITALISATION	2,00	CH	600,00	1 200,00
A.M.I	2,00		100,00	200,00
MONITORING EN CHAMBRE	2,00		300,00	600,00
			Sous-Total	2 000,00
PHARMACIE	1,00	PH	437,30	437,30
			Sous-Total	437,30
Total Frais Clinique				2 437,30
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. ENNACIRI AICHA (gynecologue)	2,00	v <sup>2</sup>	300,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total prestations externes				600,00

	Total général	3 037,30
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE TRENTE-SEPT DIRHAMS TRENTE CENTIMES		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	3 037,30				3 037,30	0,00

CLINIQUE LES FLEURS  
Accouchement Chirurgie  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90  
Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

**Accouchement - Gynécologie - Chirurgie Générale**

**DATE DE SORTIE**      **12/08/2020**

**CLINIQUE LES FLEURS**  
Accouchement Chirurgie  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90  
Faax : 05 22 29 94 47 - Casa