

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

- Reclamation : 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° W19-541841

N° D: 50277

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12647 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUARDI MEHDI

Date de naissance : 22/04/1985

Adresse : Résidence La Parle de Nouaceur 2, Immb, Apt 2

Tél : 0673706626 Total des frais engagés : 2436,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : EL OUARDI ALI Age : 36 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : 1ère ALD 2380

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 : Casa Le : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : /h/

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
06/10/2020	Confection	N° 3993/20	2200,00	
06/10/2020	CS		Opaculis	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.10.2020	236,00

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 canalaires, 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> </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		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

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE
Ordonnance

Doli®
PEDIATRIQUE
PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 01/23
LOT J253

Casablanca, le : 06/10/2020

Nom - Prénom : ELOUARDI ALI

Poids : 10kg750

EMULSION REPARATRICE
LOT: 14R39179A
EXP: 10/2022
PPC: 175.00DH

1/ Dolipédiatrique 1 dp x 3/j pendant 5 jours

2/ Septispray

3/ Emulsion cicatrisante Elliance

4/ Eosine acqueuse

5/ Vaseline

Pharmacie MA PERLA
Dr. Meriem BACHA Ep. ZOUBI
Bordj Bouqueneur Imm. 14 N°
Tél: 05 22 53 79 68



LOT 3010950
EXP 06/2025

Lot : 181174
Per : 01/2021
PPC : 13,50 DH

أجيال AJIAL



مصلحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 06/10/2020

NOM - PRENOM : ELOUARDI ALI

INDICATION : Phimosi

INTERVENTION : Circoncision

CHIRURGIEN : Pr h.Sibai

ANESTHESISTE REANIMATEUR : Pr S.Nejmi

Sous AG et bloc pénien.

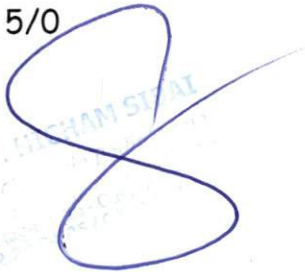
Excision de l'excès de peau puis de muqueuse.

Recoupe de la muqueuse

Hémostase

Points muco-cutanés au vicryl rapide 5/0

Crème et pansement


Pr. h. Sibai
117, Avenue Mohammed VI
50800 Sidi Maarouf
Tél : 0522 21 00 21 / Fax : 0522 21 00 20

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 06/10/2020

Facture N° 3993/20

Etablie par SALMA FACTURATION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0J0612299

MUPRAS

N° Identifiant : 20108078/20

Nom & Prénom : EL OUARDI ALI

C.I.N. : BE783971

Date Début : 06/10/2020

Date Fin : 06/10/2020

Adresse :

Traitement :

Médecin : SIBAI HICHAM

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

ACTES CHIRURGICAUX

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
K30	1	2 200,00			2 200,00

Total Rubrique : 2 200,00

PARTIE CLINIQUE :

2 200,00

TOTAL FACTURE

2 200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams

Cachet et signature

Clinique Pédiatrique Ajial

DATE: 06/10/2020

BILLET DE SORTIE

Etablie par : SALMA FACTURATION

N° Admission : X0J0612299

Nom et Prénom : EL OUARDI ALI

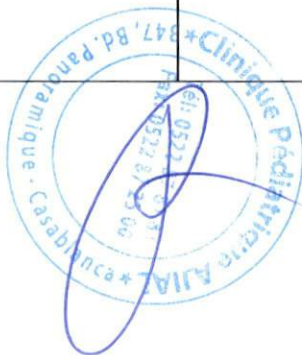
Médecin traitant : SIBAI HICHAM

Prise en charge : MUPRAS

Date Entrée : 06/10/2020

Date Sortie : 06/10/2020

Visa	Médecin	Administration	Surveillante





ELOUARDI Ali

Phimosis / Circumcision

RDV 06/10/2020