

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-433661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12427

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUZAIDI MOHAMMED AMINE

Date de naissance : 09/07/1982

Adresse : 228 Rue Larache Résidence RAHA B CIL

Tél. : 0661052143

Total des frais engagés : 1486,50

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 : Fissure du Coude Gauche

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 fournis et la sincérité de la déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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
13/01/20	voiture	1	1091092197	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie SAAD  
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabd  
(Ex. Jemada) - Casis - CASA  
Tél : 05 22 25 34 85

13/1/2020

36,504

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### 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

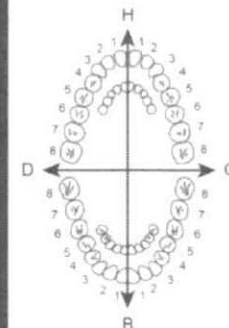
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

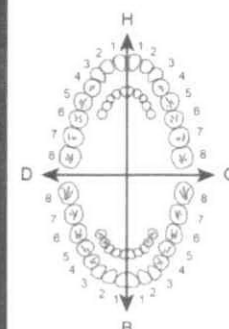
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

13/01/2020

Interprétation Rx  
Coudé Gauche  
Face + Profil

Discrete fissure de la  
palette humérale Gauche

Dr. ELARABI M. MOUSSAHI  
131, Ch. d'Alger, 131, Ch. d'Alger, 131, Ch. d'Alger  
en face de la Gare d'Alger, en face de la Gare d'Alger  
Tél: 0222 231 818 - 0222 235 073 - 0222 235 028  
Fax: 0222 231 818 - 0222 235 073 - 0222 235 028  
E-mail: atfalclinique@gmail.com





**Doli**  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

PPV 17DH  
PER 06/2  
LOT 1152

17,50

19,00

Bou Zaid

+ Nurodol sirop

19,00 1 pbd kg x 3 l;

x 5 jours

Doli pediatrique sirop

17,50 1 pbd x 3 l; x 5 jours

36,50 DH

Dr. Abdelhak Bouabid  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd. Abdelgawad  
En Face Imm. Renault Résidence Jallouj  
Dém. Etage N° 18 - Casablanca  
Tél: 0522.231.818 - 0522.235.073

Dr. ANI M'Hamed  
Pharmacien SAAD  
Abderrahim Bouabid  
(Djerada) - Oasis - CASA  
Tél: 0522.235.34.85  
61 19 83 67

# CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28  
IF 01087099

## F A C T U R E

N° : 345 / 2020 du 13/01/2020

Nom patient **BOUZAIDI AYA**  
**PAYANT**

Entrée 13/01/2020  
Sortie 13/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO F+P	1,00		300,00	300,00
FRAIS DE SALLE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
PHARMACIE	1,00		250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	250,00
<b>Total Clinique</b>				<b>750,00</b>

DR. LARAKI BOUCHRA (chirurgien pédiatre)	1,00	K20	700,00	700,00
			<i>Sous-Total</i>	700,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>700,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 450,00</b>

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28

Le : 13/01/2020

Références

345 / 200114081406010006

PAYANT

Entrée / Sortie : 13/01/2020 - 13/01/2020

Le Dr. LARAKI BOUCHRA

présente à . BOUZAIDI AYA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
700,00 Dhs

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

Dr. LARAKI BOUCHRA  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd Abdoumoumen Jijhar  
(en face Im. Renaissance)  
58m - Casablanca  
05 22 47 04 12 - Urgence : 05 55 42 61

Cachet et signature

## ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : BOUZAIDI AYA	N° Facture	345	U20A140912
----------------------------	------------	-----	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATTELLE ZIMMER	1	60,00	60,00
BANDE COHEBAN 5CMX3M (001)	1	100,00	100,00
BANDE PROT 5CM (001)	1	20,00	20,00
BANDE PROT 7.5CM (001)	1	30,00	30,00
BANDE VELPEAU 7CM (001)	1	40,00	40,00
Total pharmacie			250,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abdou Salam Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28